E 1742

KAT

Instituţ. de Economie Mare Tehnică
BUCUREŞTI
ORMEH - [illegible]
VYMEŇA - WYMIANA
TAUSCH - CMEHA

Gyöngyös Mészáli
Könyvtár
TÁLAJDONA

Ocrotirea sănătății în R.P.R.

1

IANUARIE 1954 MARTIE

COLEGIUL DE REDACŢIE

Redactor responsabil: Prof. dr. ILEA THEODOR
Prim secretar de redacţie: Dr. NANU DIMITRIE
Secretar de redacţie: Dr. MANOLIU VASILE

Membri ai Colegiului de Redacţie:

Dr. BELEA OCTAVIAN, Prof. dr. BOLOGA VALERIU (Cluj), Dr. BUNGEŢEANU GHEORGHE, Dr. CONSTANTINESCU GHEORGHE, Dr. GALEA GHEORGHE, Conf. dr. GHELERTER IULIUS, Prof. dr. GROM LEONIDA, Conf. dr. GROSZ GHEZA, Conf. dr. IALOMIŢEANU MIRCEA, Conf. dr. MUREŞAN PETRE, Conf. dr. PRUTEANU PAUL (Iaşi), Conf. dr. RAPOŢESCU SILVIU, Conf. dr. ZAHARIADE GHEORGHE

OCROTIREA SĂNĂTĂȚII IN R. P. R.

ORGAN AL MINISTERULUI SĂNĂTĂȚII

Redacția și Administrația: B-dul Ana Ipătescu 32 - Telefon 2.32.24

Anul IV | **Ianuarie 1 Martie** | **1954**

SUMAR

Pag.

*** Din partea redacției 3

Sesiunea Academiei de Științe Medicale a U.R.S.S. Articol JUCOV VEREJNICOV N. „Să întărim legătura dintre știința și practica ocrotirii sănătății publice" 10

Dr. PESCARU AL.: Actualitatea dispensarizării muncitorilor întreprinderilor industriale 20

Dr. PANCHIEVICI F.: Cum se aplică metoda dispensarizării la unele întreprinderi din Oradea 35

Dr. COROI V.: Indicațiuni practice asupra soluționării unor probleme organizatorice ale spitalelor unificate de copii 40

VELICIU S.: Aspecte din activitatea de ocrotire a mamei și copilului la circ. sanitară rurală Lăpușel, Regiunea Baia-Mare 53

Dr. VERGULESCU AL.: Metode de studiu și evidență a endemiei tuberculoase 57

Prof. dr. BOLOGA V., conf. dr. GHELERTER I.: Mărturii contemporane despre alimentația țăranului român în trecut 70

REFERATE

Autorii articolelor publicate în revista de Ocrotire a Sănătățiii în R. P. R. în cursul anului 1953

Articolele publicate în revista de Ocrotire a Sănătății în R. P. R. în cursul anului I953

EDITATĂ DE CENTRUL DE DOCUMENTARE MEDICALĂ

СОДЕРЖАНИЕ

От редакции 3

Сессия Академии Медицинских Наук С.С.С.Р. 10

ЖУКОВ-ВЕРЕЖНИКОВ Н.: Укреплять связь между наукой и практикой народного Здравоохранения 11

ПЕСКАРУ АЛ.: Насущная необходимость диспансаризации рабочих промышленных предприятий 20

ПАНКЕВИЧ Ф.: Применение диспансаризации в некоторых предприятиях города Орадия Маре 35

КОРОЙ В.: Практические указания в связи с разрешением некоторых вопросов об организации об'единенных детских госпиталей . . 40

ВЕЛИКУ С.: Аспекты работы по охране материнства и детства в сельском врачебном участке Лапушел области Баия Маре . . . 53

ВЕРГУЛЕСКУ А.: Методы изучения и учёта туберкулёзной эндемии 57

Профессор БОЛОГА В. и доцент ГЕЛЕРТЕР И.: Свидетельствования современников относительно питания румынского крестьянина в прошлом 70

РЕФЕРАТЫ

Указатель авторов статей за 1953 год

DIN PARTEA REDACŢIEI

Revista de Ocrotire a Sănătăţii în R.P.R. intră în cel de al 4-lea an de apariţie.

Cu prilejul începutului unui nou an de apariţie, revista prezintă în faţa cititorilor săi activitatea depusă pe anul 1953, precum şi sarcinile care îi revin pe noul an 1954.

Revista de Ocrotire a Sănătăţii în R.P.R., alături de celelalte reviste medicale, trebue să constitue un sprijin temeinic organizatoric, metodologic şi ştiinţific, pus la îndemâna tuturor medicilor, în scopul aplicării temeinice în activitatea lor a noii concepţii despre ocrotirea sănătăţii, concepţie bazată pe bogata experienţă a ştiinţei medicale sovietice şi a genialei învăţături a lui I. P. Pavlov.

Revistei de Ocrotire a Sănătăţii în R.P.R. îi revine rolul deosebit de important de a pune la îndemâna organizatorilor de sănătate publică şi a medicilor ce lucrează în diferite reţele, experienţa ocrotirii sănătăţii în U.R.S.S., precum şi a realizărilor înfăptuite în reţeaua noastră de ocrotire a sănătăţii pe baza experienţei sovietice.

Revista trebue să publice articole în care să fie prezentate şi discutate bazele teoretice ale organizării ocrotirii sănătăţii, statisticei sanitare şi istoriei medicinei. De asemenea, cuceririle de seamă din domeniul medicinei şi biologiei care ajută la îmbunătăţirea asistenţei medicale acordată oamenilor muncii trebuie să fie conţinute în cuprinsul revistei noastre.

In revista noastră trebue să se oglindească rezultatele muncii din secţiile sanitare regionale şi raionale, sanepiduri, spitale unificate, circumscripţii, în scopul aplicării pe scară largă, a celor mai bune rezultate obţinute.

De asemenea, revista trebue să fie o tribună a discuţiilor libere, din care în urma luptei de opinii, rezultatele experienţei din teren, să fie îmbunătăţite în scopul aplicării lor pe o scară din ce în ce mai largă.

De asemenea, revista trebue să fie un organ metodologic care să îndrume aplicarea în practică a tuturor măsurilor iniţiate de Ministerul Sănătăţii, privind îmbunătăţirea asistenţei medicale acordate oamenilor muncii, pe baza folosirii experienţei ştiinţei ocrotirii sănătăţii publice în U.R.S.S.

Trebue să arătăm că, în oarecare măsură revista noastră, în numerele apărute în anul 1953, a reuşit să pună la îndemâna cititorilor săi o serie de articole privind unele probleme centrale ale ocrotirii sănătăţii din cursul

acestui an. Astfel putem cita articolele tov. prof. dr. T. Ilea, conf. dr. Grosz-Gheza, dr. Apostol N. despre: „Dispensarizarea, metodă superioară de asistență medicală a populației"; articolul scris de tov. dr. Goldner, dr. Florea intitulat: „Cum am aplicat metoda dispensarizării la o mare întreprindere textilă din Iași" — sau articolele d-rilor P. Milculescu și Galan despre „Aplicarea principiului teritorializării în activitatea spitalului unificat Nr. 1 din București"; articolul conf. dr. A. Brill despre: „Rezultatele unificării în lupta antituberculoasă" și altele.

O contribuție serioasă aduce articolul tov. dr. Goldștein E. din Iași care descrie metodele de muncă și rezultatele obținute la spitalul de copii Iași, precum și articolul semnat de B. Herșcovici și O. Russu, care lămurește unele probleme legate de organizarea secțiilor de nou născuți și maturi.

Aceste articole au folosit cititorilor în activitatea lor zilnică, la consolidarea și adâncirea reformei unificării, a folosirii juste a metodelor sale de lucru.

Articolul tov. dr. Rugină, dr. Kaufman, Goldner și dr. M. Florea intitulat: „Cum am aplicat metoda dispensarizării la o mare întreprindere textilă din Iași" — articolul d-rilor Popescu și Klein St., privind „Organizarea asistenței medicale de urgență în întreprinderi", au avut drept scop să ajute la îmbunătățirea asistenței medico-sanitare din întreprinderi. Alte articole ca „Indicatorii statistici, metodă principală în analiza stării de sănătate" de conf. dr. Petre Mureșan, au fost de folos cadrelor din teren în efectuarea analizelor statistice.

De asemenea, articolul despre „Studiul morbidității cu pierderea temporară a capacității de muncă într'o fabrică de textile din Moldova" de dr. Bocea și dr. Buceag, este o lucrare originală, foarte instructivă, bazată pe un studiu amănunțit al morbidității. Articolul tov. dr. Chiriac arată ce evidențe se pot utiliza de medicii din teren care fac dispensarizarea.

Aceste articole au contribuit la folosirea metodei statistice, ca metodă științifică de apreciere a eficienței medico-sanitare desfășurate.

Articolele de istoria medicinii publicate în numerele apărute până în prezent ca „Spitalele din București la începutul secolului XIX; înființarea spitalului Filantropia; ajutorul dat de generalul Cutuzov", de conf. dr. Iuliu Ghelerter și dr. H. Costin, precum și articolul „Legăturile medicale româno-ruse în timpul războiului pentru independență din 1877—1878" de conf. dr. Iuliu Ghelerter și dr. H. Horodniceanu, scot în relief importanța legăturilor româno-ruse, legate de condițiile economico-sociale de la noi din țară în acea vreme.

De asemenea a apărut articolul prof. dr. V. Bologa despre N. Copernic, care arată contribuția medicală a acestuia, puțin cunoscută de mase, în patrimoniul culturii universale.

Primele articole au reușit să arate legăturile medicale româno-ruse în dezvoltarea științei medicale și a organizării noastre sanitare. Publicarea articolului despre Copernic se încadrează pe activitatea luptei pentru pace, urmărind popularizarea marilor figuri ale științei progresiste din secolele trecute.

Articolele sovietice publicate în traducere în fiecare număr al revistei noastre au arătat liniile directoare de urmat în rezolvarea unora dintre

cele mai importante probleme ale ocrotirii sănătății, sau au arătat rezultatele concrete obținute în diferite sectoare ale ocrotirii sănătății publice în U.R.S.S.

Astfel a fost publicat articolul Prof. G. A. Batchis: „Despre problemele educației sanitare" ca articole de orientare, precum și articolele lui A. S. Anofriev și F. G. Tercovira despre: „Experiența muncii serviciului medico-sanitar de întreprindere în lupta pentru reducerea morbidității".

Articolul semnat de docentul M. Rodov intitulat: „O mai mare atenție în dispensarizarea bolnavilor de boală hipertonică și altele", arată rezultatele practice în rezolvarea acestor probleme. Un număr de referate publicate în revistă au putut servi drept sursă de documentare pentru unele probleme ale activității de teren a cititorilor noștri.

Aceste articole și altele au constituit un material pe care cititorii noștri l-au putut folosi în scopul ridicării nivelului lor științific, a rezolvării juste a unor probleme legate de activitatea lor practică.

In afară însă de aceste realizări, revista a prezentat în cursul anului trecut o serie întreagă de lipsuri în conținutul ei.

Aceste lipsuri trebue să se refere în primul rând asupra modului cum conținutul revistei noastre a fost legat de sprijinirea organizatorică, metodologică și științifică a problemelor de bază ale ocrotirii sănătății publice din țara noastră, în etapa actuală.

Privitor la problema orientării activității științifice pe baza învățăturii lui I. P. Pavlov, pentru însușirea cât mai largă a acesteia și legarea cercetărilor științifice de necesitățile practicii medicale, revista noastră nu a putut publica nici un articol care să aducă o contribuție teoretică și practică privitor la aplicarea învățăturii lui I. P. Pavlov în organizarea ocrotirii sănătății publice și a unora dintre problemele cele mai actuale ale ei în țară în etapa actuală ca: unificarea, dispensarizarea, aplicarea regimului de protecție din spitale și altele. Nu a apărut nici un articol privitor la reorganizarea Serviciului Medico-Sanitar din întreprinderi, reorganizare care constitue baza materială a îmbunătățirii asistenței medicale acordată oamenilor muncii din fabrici și uzine.

Ședința lărgită a Colegiului Ministerului Sănătății din 4—6 Mai 1953 a trasat ca sarcină: consolidarea continuă a reformei unificării prin adâncirea și aplicarea justă a principiilor de bază și îmbunătățirea metodelor de muncă.

Articolele publicate, legate de această problemă nu reușesc să ducă la adâncirea reformei unificării.

Numeroasele probleme legate de consolidarea reformei unificării ridicate în ședințele de bilanț n'au fost reluate în articole în revista noastră. Centrul de Organizare a Ocrotirii Sănătății și Istoriei Medicinei și catedrele de Organizare Sanitară n'au adus contribuția lor de cercetări științifice în adâncirea reformei unificării.

O altă problemă de bază a ocrotirii sănătății din țara noastră este îmbunătățirea deservirii medico-sanitare în mediul rural.

Hotărirea P.M.R. din 19—20 August 1953 și discursul tov. Gh. Gheorghiu-Dej cu prilejul sărbătoririi a 9 ani dela eliberarea patriei noastre au arătat lipsurile existente în acest sector. Imbunătățirea deservirii medico-sanitare din mediul rural contribue la întărirea alianței clasei

muncitoare cu țărănimea muncitoare, contribue la atragerea maselor de țărani săraci și mijlocași la construirea socialismului în patria noastră.

Pe această problemă nu au apărut decât două articole: articolul semnat de conf. dr. Pruteanu P., despre „Organizarea ocrotirii sănătății publice în mediul rural în U.R.S.S." și articolul tov. prof. Grom L., despre: „Câteva probleme în legătură cu organizarea asistenței medicale a muncitorilor din gospodăriile agricole de stat".

Medicii din mediul rural nu au găsit în revista noastră articole care să trateze despre activitatea staționarului rural, despre funcția de centru metodologic a spitalului regional, despre întărirea muncii secției sanitare raionale, a spitalului și sanepidului raional și altele.

O serie întreagă de alte probleme ale activității medico-sanitare ale circumscripției în mediul rural ca organizarea evidenței la nivelul circumscripției rurale, deservirea G.A.S., G.A.C. și S.M.T., asistența în timpul muncilor agricole intensive de vară n'au fost cuprinse în revista noastră, ca și problemele legate de accesibilitatea asistenței medicale și a condițiilor de muncă din mediul rural.

Tratarea problemelor referitoare la ameliorarea condițiilor igienico-sanitare și intensificarea acțiunii antiepidemice față de principalele boli transmisibile ca tuberculoza, febra tifoidă, tifosul exantematic, hepatita epidemică și bolile venerice printr-o mai largă antrenare a rețelelor curativo-profilactice, a organizațiilor de masă și a organelor de stat nu s'a făcut într'un mod suficient de cuprinzător.

Cu privire la reorganizarea sectorului sanitar și antiepidemic n-a apărut nici un fel de articol, lipsind pe cititori de prelucrarea principiilor care au stat la baza acestui atât de important sector al ocrotirii sănătății.

Insuficient au fost desbătute în revistă problemele referitoare la:

— Intensificarea măsurilor de prevenire și combatere a morbidității și mortalității infantile, pe baza adâncirii studiului cauzelor acestora.

— Imbunătățirea muncii de asistență medicală curativo-profilactică a femeii gravide, a mamelor, ginecopatelor, punându-se accentul pe protecția sănătății femeii muncitoare.

Articolele de statistică publicate au un caracter mai mult de instrucțiuni, nereușind să facă legătura dintre diferiți indici și situația după teren.

Problemele de învățământ s-au reflectat numai într'un singur articol și anume: „Orientarea planurilor și programelor de studii ale Facultăților I.M.F.-urilor pentru anul 1953—1954 de dr. Kelemen și dr. E. Seropian.

Despre activitatea desfășurată de I.P.S.M. pentru specializarea a sute de medici pe diferite profiluri, cele mai necesare întăririi reformelor noastre sanitare, nu a apărut niciun articol.

Despre problemele cele mai actuale ale învățământului nostru medical ca înființarea aspiranturii, a secundariatului clinic, a stagiului cu studenții facultăților de igienă în semestrul XI—XII nu s-a scris nimic.

Astfel, sprijinul revistei la rezolvarea problemei legată de asigurarea unei juste politici de cadre, privind evidența, promovarea și repartizarea lor, precum și ridicarea nivelului tehnic și politic al cadrelor medicale și medii s'a făcut în mod cu totul nesatisfăcător.

Articolele de educație sanitară publicate au un caracter prea teoretic și lipsite de exemple de pe teren.

Revistei noastre îi revine rolul să publice o serie de articole, semnate de conducerea Ministerului Sănătății, articole care să arate și să prelucreze linia de urmat în aplicarea unor reforme sau schimbări survenite de diferitele probleme ale ocrotirii sănătății din țara noastră.

Acest rol, în acest an, revista nu și l-a îndeplinit.

Astfel, în revista noastră nu a apărut niciun articol privitor la analiza și rezultatele obținute în urma ședințelor de bilanț; concluziile și sarcinile acestor ședințe de bilanț reprezentând linia directoare a problemelor de sănătate publică din această perioadă.

Revista s'a mulțumit să publice hotărîrea Comisiei Centrale de bilanț, precedată de o scurtă introducere cu un caracter formal.

Absența acestor articole au lipsit pe cititorii noștri de prezentarea liniei principale a problemelor de bază ale ocrotirii sănătății într'o etapă dată.

Revista nu a adus prin conținutul său nicio contribuție la teoria organizării ocrotirii sănătății, a statisticei sanitare și istoria medicinei.

Aportul teoretic la ocrotirea sănătății constitue o gravă lipsă a revistei, de oarece ocrotirea sănătății publice ca știință fiind tânără în țara noastră ea are nevoie de fundamentarea tezelor ei teoretice și ideologico-politice în scopul întăririi activității sale practice.

Revista noastră a prezentat în cursul anului trecut un caracter obiectivist. Ea a fost lipsită de combativitate, ea nu a luat atitudine împotriva cosmopolitismului, ea nu a combătut concepțiile biologice și medicale reacționare din țările capitaliste.

Realizările și lipsurile în activitatea revistei de Ocrotire a Sănătății în R.P.R. pe anul trecut reflectă munca dusă de colegiul de redacție și secretariatului de redacție.

In anul 1953, colegiul de redacție și-a întocmit un plan tematic pentru cele 6 numere planificate. Acest plan tematic a încercat să cuprindă problemele de bază ale ocrotirii sănătății din țara noastră ca problema dispensarizării, a asistenței medicale în întreprinderi, a asistenței medicale în mediul rural. Dar acest plan tematic pe numere nu a putut fi respectat întocmai, unele numere întocmindu-se din articole care nu aveau legătură cu tematica respectivă sau cu articole cerute imediat pentru a complecta numărul.

Care sunt cauzele care au dus la nerespectarea planului tematic?

Colegiul de redacție nu a reușit să stabilească o legătură organizată cu terenul la nivelul secțiilor sanitare, sănepidurilor, marilor spitale unificate, să formeze în țară diferite colective locale, cărora odată cu indicarea titlului articolului să-i dea și îndrumări metodice și documentare în scopul redactării articolelor.

Centrul de organizare a ocrotirii sănătății și istoria medicinei, împreună cu catedra de organizare sanitară din București, catedra de organizare sanitară din Iași și Cluj au sprijinit revista cu articole. Catedra din Timișoara nu a trimis niciun articol. Catedra din Tg. Mureș a trimis un singur articol, care nu a putut fi însă publicat.

Sprijinul dat de acestea nu este la înălțimea sarcinilor care le revin, în organizarea ocrotirii sănătății și istoria medicinei.

Revista a primit un număr redus de articole dela colaboratorii săi, ceea ce a făcut de cele mai multe ori dificilă alcătuirea numerelor.

Articolele trimise de Centrul de organizare a ocrotirii sănătății n'au reușit să dezbată problemele la un înalt nivel.

Revista nu a reușit în anul 1953 să organizeze consfătuiri pe țară cu cititorii, pentru a primi un sprijin direct și concret din partea acestora.

Un aspect negativ al revistei noastre îl constitue felul de redactare al articolelor noastre.

Astfel, multe din articolele publicate sunt foarte lungi, nu reușesc să țină trează atenția cititorului. Uneori, articolele noastre au un caracter de instrucțiuni, nelegate de rezultatele experienței practice a terenului.

In scopul de a da un conținut mai variat și atrăgător revistei, cu sprijinul Redacției Centrale a Centrului de Documentare Medicală s'a organizat o restructurare a revistei pe rubrici.

Astfel s'au înființat următoarele rubrici:

a) articole de fond
b) organizarea ocrotirii sănătății, statistică sanitară
c) pregătirea cadrelor de educație sanitară
d) din practica terenului
e) istoria medicinei
f) recenzii, critici, bibliografie, scurte referate
g) informații, cronici
h) prezentări de articole venite la redacție
i) poșta redacției

Această structură menită să schimbe caracterul revistei n'a putut fi respectată întocmai la toate numerele. Aceasta se datorește lipsei de articole care să corespundă rubricilor revistei, cât și secretariatului de redacție care n'a asigurat întotdeauna materialul pentru informații, cronică, prezentări de articole sosite la redacție, poșta redacției.

Apariția cu întârziere a numerelor a făcut ca unele articole care erau actuale pentru o anumită dată, să-și piardă această actualitate. Apariția neregulată a revistei ducea la ruperea ei de către masa de cititori, la subaprecierea importanței pe care ea o prezintă în îmbunătățirea organizării ocrotirii sănătății din țara noastră.

Difuzarea revistei este încă foarte defectuoasă în unele locuri; revista ajunge cu întârziere sau într'un număr insuficient.

Pentru anul 1954 Revista de Ocrotire a Sănătății în R.P.R. trebue să devină ceea ce cititorii așteaptă dela ea — un sprijin științific, tehnic, organizatoric și metodologic a terenului în toate problemele legate de teoria și practica ocrotirii sănătății publice.

In acest scop, este necesară întărirea colegiului de redacție, care trebue să devină organul de legătură cu masa de colaboratori, care prin calificarea științifică a membriior săi, să devină un îndrumător metodologic și documentar al colaboratorilor revistei noastre.

De asemenea, colegiul de redacție trebue să țină o legătură mai strânsă cu terenul prin deplasări periodice, prin ședințe organizate între membrii colegiului și diferiți colaboratori din provincie.

Planul tematic întocmit pentru anul 1954 are drept scop, publicarea în revista noastră de articole care să răspundă sarcinilor imediate ale organizării ocrotirii sănătății din țara noastră, în diferitele sale sectoare.

Astfel în problema unificării, planul tematic cuprinde articole privitoare la: „Metodele practice privind colaborarea între diferitele rețele în

cadrul spitalului unificat" din experienţa aplicării regimului de protecţie în câteva din spitalele fruntaşe din ţară; rezultatul dat de spitalul unificat centrului de sănătate cu medic şi personal sanitar mediu; participarea spitalului unificat la dispensarizarea muncitorilor din întreprinderi.

In problemele sectorului sanitar şi antiepidemic planul tematic prevede publicarea de articole privind: rezultatele obţinute în îmbunătăţirea condiţiilor igienico-sanitare în întreprinderi prin folosirea controlului curent, folosirea metodei controlului sanitar preventiv, analiza indicilor de eficienţă în activitatea igienico-sanitară, metode de urmărire a purtătorilor de germeni.

O deosebită atenţie se va da articolelor privind îmbunătăţirea asistenţei medicale în mediul rural. Astfel în scopul sprijinirii asistenţei medicale în mediul rural planul tematic cuprinde publicarea de articole cu privire la: stadiul actual în organizarea asistenţei medico-sanitare în G.A.S. şi S.M.T.; metodele utilizate de spitalul raional pentru îmbunătăţirea asistenţei medicale curativo-profilactice la nivelul circumscripţiei sanitare din raion; activitatea de ridicare a nivelului profesional al medicilor desfăşurată de spitalul raional.

In scopul îmbunătăţirii asistenţei medicale din întreprinderi, revista va publica articole privind aspecte ale muncii în serviciile medico-sanitare din întreprinderi, dispensarizarea în cadrul S.M.S.; activitatea specialiştilor în S.M.S. şi altele.

O atenţie deosebită acordă planul tematic pentru problemele statisticei sanitare. Astfel sunt cuprinse articole privind: importanţa statisticei sanitare pentru organizarea ocrotirii sănătăţii; structura morbidităţii rurale şi măsurile pentru scăderea morbidităţii, etc.

In problemele de istoria medicinei se vor publica articole privind: Sarcinile istoriei medicinei în R.P.R.; din istoria luptei pentru materialism în biologia şi medicina românească; din istoria medicinei în Moldova în secolul al XVIII-lea.

In problemele de educaţie sanitară se vor publica articole privind experienţa caselor de cultură sanitară fruntaşe din ţară; dispensarizarea şi rolul educaţiei sanitare.

Conţinutul revistei pe anul 1954 va fi îmbogăţit prin articole scrise de pe teren la nivelul diferitelor unităţi ale reţelei noastre sanitare.

Planul tematic al revistei se va putea realiza cu sprijinul temeinic al Centrului de Organizare a Ocrotirii Sănătăţii şi Istoriei Medicinei a I.M.F.-urilor şi I.P.S.M.-urilor.

Articolele publicate vor trebui să fie scurte, să ţină seama de rubricile existente ale revistei, să fie strâns legate de activitatea practică.

In acest fel Revista de Ocrotire a Sănătăţii în R.P.R. va putea face faţă sarcinilor ce-i revin în ridicarea calificării tehnice a organizatorilor de sănătate publică din ţara noastră.

SESIUNEA ACADEMIEI DE ŞTIINŢE MEDICALE A U. R. S. S.

Intre 8—12 decembrie 1953 s'a desfăşurat la Moscova a VIII-a sesiune a Academiei de Ştiinţe Medicale a U.R.S.S. In cinstea acestei sesiuni au fost publicate numeroase articole în presa medicală de specialitate din U.R.S.S. Ele au desbătut o serie de probleme ca: întărirea legăturii dintre ştiinţă şi practică, continuarea adâncirii aplicării învăţăturii lui I. P. Pavlov în medicină şi adâncirea orientării profilactice.

La prima şedinţă acad. Anatoli Nesterov, secretarul Academiei, a făcut un amplu raport în care a arătat realizările importante obţinute de oamenii muncii din domeniul sanitar pentru îmbunătăţirea ocrotirii sănătăţii în U.R.S.S., arătând scăderea considerabilă a mortalităţii şi creşterea natalităţii. Raportorul a arătat că în Uniunea Sovietică au fost lichidate în întregime bolile epidemice care făceau ravagii în trecut, însemnatele cuceriri în domeniul chirurgiei, neurologiei, bolilor infecţioase, microbiologiei şi farmacologiei. El dă date cu privire la înfiinţarea a numeroase centre de cercetări ştiinţifice şi înzestrarea celor existente cu cel mai modern utilaj.

S'au prezentat apoi o serie de referate care desbat pe larg problema orientării profilactice în diferitele sectoare de activitate medicală.

A urmat alegerea organelor conducătoare ale Academiei, fiind ales preşedinte Alexandr Baculev. Numeroşi oameni de ştiinţă au fost aleşi membri activi ai Academiei de Ştiinţe Medicale a U.R.S.S.

Publicăm mai jos articolul scris de N. Jucov-Verejnicov, Ministru adjunct al Sănătăţii al U.R.S.S., articol apărut în cinstea celei de a VIII-a sesiune a Academiei, în Mediţinskii Rabotnik nr. 98 din 8 decembrie 1953.

SĂ ÎNTĂRIM LEGĂTURA DINTRE ŞTIINŢA ŞI PRACTICA OCROTIRII SĂNĂTĂŢII PUBLICE

N. JUCOV-VEREJNICOV
Ministru adjunct al Sănătății al U. R. S. S.

Grija pentru ocrotirea sănătății poporului constitue o parte indisolubilă a activității Partidului Comunist și a Guvernului Sovietic.

In statul sovietic a fost creată o rețea vastă de instituții medicale profilactice și curative, a fost asigurată desvoltarea ne mai întâlnită a cadrelor medicale. Partidul și Guvernul acordă o atenție excepțională desvoltării științei medicale, fundamentul perfecționării continue a metodelor profilaxiei și tratamentului bolilor.

Pentru progresul științei medicale și a ocrotirii sănătății publice, în ultimii ani au fost create posibilități deosebit de largi. Desvoltarea industriei mărfurilor de larg consum, construirea de locuințe, realizarea unor măsuri deosebit de importante care asigură crearea în Uniunea Sovietică în următorii 2—3 ani a unui belșug de produse alimentare, toate acestea constitue o bază trainică pentru întărirea continuă a sănătății poporului.

Știința medicală sovietică, ca și întreaga știință și cultură a Uniunii Sovietice, este pătrunsă de spirit umanitar. Mii de oameni de știință sovietici se ocupă cu toată abnegația de problemele privind întărirea sănătății oamenilor, prelungirea vieții omului.

Știința medicală sovietică dispune de o rețea vastă de instituții de cercetări științifice, de cadre, de utilaj modern. In U.R.S.S. există un număr mare de institute de cercetări științifice în domeniul medicinii, există mii de laboratoare științifice-practice și de stațiuni pentru cercetări științifice. In plus, desvoltarea cercetărilor științifice se realizează în cele 82 institute de medicină. In fruntea acestei rețele imense de instituții se află Academia de Științe Medicale, care dispune ea însăși de zeci de institute de cercetări științifice dintre cele mai mari.

Oamenii de știință sovietici care activează în domeniul medicinei dispun de una din cele mai mari edituri din țară, care publică anual un mare număr de cărți și reviste.

In ultimii ani, în Uniunea Sovietică au apărut zeci de mii de lucrări de cercetări științifice, care au o deosebită importanță pentru teoria și practica ocrotirii sănătății publice.

In Uniunea Sovietică scade în mod continuu morbiditatea și mortalitatea și odată cu aceasta crește natalitatea. In U.R.S.S. morbiditatea prin malarie a scăzut de 22 ori ; în U.R.S.S. nimeni nu mai moare din cauza scarlatinei la vârsta copilăriei sau de pneumonie la o vârstă înaintată. Putem număra zeci de boli în trecut mortale care în prezent se tratează cu succes. La aceste realizări a adus o contribuție considerabilă munca depusă de oamenii de știință sovietici.

Totuși va fi deosebit de bine nimerit ca la sesiunea a opta a Academiei de Științe Medicale, ce urmează a se deschide, să se analizeze în ce

măsură succesele dobândite corespund posibilităților imense pe care le oferă poporul pentru desvoltarea științei medicale sovietice.

Dispunând de fonduri imense, de numeroase cadre și instituții, oamenii de știință sovietici pot elabora într'o măsură mai mare metode pentru reducerea morbidității prin gripă, angină, unele afecțiuni infantile și afecțiuni intestinale.

Inadmisibil de lent, dacă ținem seama de posibilitățile noastre, se desfășoară căutarea unor preparate medicamentoase noi, mai eficiente, printre care se numără preparatele chimioterapeutice și hormonale, preparatele farmacodinamice eficiente.

Trebue să lămurim care este cauza progresului lent în elaborarea noilor metode fiziologice și igienice privind îmbunătățirea sanitară a condițiilor de muncă și de trai. Dece până în prezent se studiază într'o mică măsură, iar în unele instituții științifice sunt puțin cunoscute problemele ocrotirii sănătății legate de desvoltarea industriei mărfurilor de larg consum, de desvoltarea mare a agriculturii sovietice ?

Sănătatea omului este legată de condițiile de alimentație, de locuință, de îmbrăcămintea și de caracterul muncii sale. Cine dacă nu oamenii de știință care lucrează în domeniul medicinei trebue, pe baza datelor științifice, să indice organizațiilor de partid, sovietice, industriale, agricole, cerințele medico-sanitare față de alimentație, față de produsele alimentare, față de organizarea alimentației, față de organizarea fiziologică a muncii?

Medicii ruși progresiști, printre care se numără Botchin și Pavlov s'au gândit întotdeauna la intervenția medicinei și igienei în producție și trai și au luptat pentru acest lucru.

Una dintre sarcinile sesiunei generale a Academiei de Științe Medicale constă în a desvălui rezervele neutilizate ale instituțiilor noastre de cercetări științifice, pentru desvoltarea acestei cauze nobile care de multă vreme constitue o preocupare a medicinei ruse și sovietice. Trebue desvăluite toate deficiențele care împiedică desvoltarea medicinei sovietice. Una dintre deficiențe este conducerea organizatorică slabă, a desvoltării științei medicale sovietice, de către Ministerul Sănătății al U.R.S.S. O consecință importantă a acestui fapt o constitue activitatea insuficientă, îndreptată spre un scop precis, a instituțiilor de cercetări științifice și a institutelor de medicină. Acest lucru se reflectă chiar și în structura instituțiilor științifice, care au fost create în vederea elaborării diferitelor probleme actuale dar cu caracter temporar, ridicate la timpul său de ocrotirea sănătății publice. Timpul trecea, condițiile se modificau, apăreau noi probleme și noi condiții, însă structura instituțiilor de cercetări științifice rămânea aceiaș, fără să se producă modificări esențiale.

In actuala perioadă de desvoltare a științei medicale, studiul cu succes al diferitelor probleme medicale depinde din ce în ce mai mult de soluționarea problemelor radicale ale medicinei. Concentrarea forțelor și a mijloacelor ar duce la crearea unor instituții care ar putea soluționa probleme ce privesc principalele verigi ale desvoltării științei medicale, verigi de care depinde soarta unor probleme speciale.

Organele de conducere ale Academiei realizează într'o măsură încă insuficientă legătura operativă și constructivă cu Ministerul Sănătății al U.R.S.S. și cu direcțiile sale care dirijează diferite ramuri ale ocrotirii sănătății.

După cum se știe, în ultimul timp a fost mult întărit Sfatul Științific al Ministerului Sănătății. Acest lucru permite Academiei de Științe Medicale să îndrepte în mod concret, larg și operativ eforturile instituțiilor științifice spre soluționarea celor mai importante probleme pe care le ridică ocrotirea sănătății publice.

Un important rol organizatoric îl va juca în acest an planul de stat de probleme, pentru prima oară trimis din timp tuturor institutelor științifice medicale din țară. Fără controlul zilnic al întocmirii planului tematic la fiecare instituție și ulterior fără controlul îndeplinirii lui (acest control nu este perfect fără legătura operativă cu Ministerul Sănătății) nu este posibilă realizarea lui cu succes.

Instituțiilor medicale științifice și institutelor de medicină li se pune sarcina realizării indicațiilor celui de al XIX-lea Congres al P.C.U.S. privind asigurarea desvoltării continue a medicinii profilactice și aplicarea cât mai rapidă a realizărilor științei medicale în practică.

Orientarea profilactică în medicina științifică este caracteristică pentru întreaga istorie a ocrotirii sănătății publice din Uniunea Sovietică. In prezent au fost create condiții deosebit de favorabile pentru realizarea măsurilor profilactice.

In primul rând trebue să abordăm într'un mod nou desvoltarea profilaxiei și tratamentului bolilor infecțioase. Medicii practicieni așteaptă crearea și introducerea noilor metode și a procedeelor de profilaxie și tratament al bolilor infecțioase. Nu ne putem acoperi cu aceea că au fost lichidate unele boli, în timp ce gripa și angina provoacă o importantă pierdere temporară a capacității de muncă în producție și agricultură, când încă nu sunt perfecționate metodele de combatere a unor boli intestinale.

Practica ocrotirii sănătății publice necesită soluționarea unor probleme radicale privind profilaxia bolilor infecțioase.

In realizarea complexului de măsuri profilactice deficiența cea mai mare o constitue elaborarea insuficientă a metodelor așa numitei terapii profilactice și antirecidivante, precum și a profilaxiei medicamentoase. Cu toate că aceste metode s'au dovedit a fi raționale în combaterea malariei și cu toate că s'au deschis posibilități de reducere radicală a morbidității prin alte boli, nivelul elaborării unor noi preparate antibiotice și chimioterapice destinate acestui scop nu satisface pe deplin medicina practică. Mai mult, instituțiile științifice lucrează într'o mică măsură la fundamentarea fiziologică și clinică a terapiei profilactice și antirecidivante, precum și la profilaxia medicamentoasă largă.

In sfârșit în mod neuniform se elaborează schemele principale ale măsurilor antiepidemice ce se aplică în masă cu includerea măsurilor sanitare. Una din cauzele acestei stări este ruptura cu totul inadmisibilă între cei ce lucrează în problemele de organizare a sănătății publice, epidemiologi și clinicieni.

O sarcină urgentă pentru practica ocrotirii sănătății publice este studiul bazelor științifice ale profilaxiei bolilor neinfecțioase. In acest domeniu, spre deosebire de profilaxia bolilor infecțioase, multe trebue luate dela început. La sesiunea Academiei de Științe Medicale se pune pentru prima oară într'o largă măsură problema bazelor științifice ale profilaxiei bolilor neinfecțioase. Atenția medicilor sovietici este în prezent

concentrată asupra acestei probleme. Este o sarcină de cinste pentru Academia de Științe Medicale de a realiza la sesiunea a opta o cotitură în studiul acestei probleme. Medicii practicieni așteaptă dela instituțiile științifice recomandări concrete în domeniul profilaxiei bolii ulceroase, bolii litiazice, bolii hipertensive, a afecțunilor renale și hepatice, ale sistemului nervos, a afecțiunilor chirurgicale, oculare, otice etc. Este de dorit ca fiziologii, fiziopatologii și clinicienii să prezinte medicilor realizările lor în domeniul studierii patogeniei și, în schimb, a etiologiei acelor turburări primitive de care depinde desvoltarea bolilor neinfecțioase, ca de pildă boala ulceroasă, a căror prevenire constitue sarcina de ordin profilactic.

Deasemenea, trebue soluționată problema profilaxiei bolii canceroase. Succesele obținute în această direcție privesc numai unele forme de cancer.

Experiența noastră modestă dovedește că sarcina profilaxiei bolilor neinfecțioase trebue soluționată în mod complex, cu participarea clinicienilor, igieniștilor și a specialiștilor în organizarea sanitară, în coordonare strânsă cu organele sanitare, luându-se în considerație în mod obligator experiența medicilor practicieni.

I. P. Pavlov a arătat că drept cauze ale bolii pot servi „excitanți neobișnuiți" ai mediului extern. Deaceea este firesc ca și profilaxia bolilor neinfecțioase să fie în strânsă legătură cu problemele fundamentale ale igienei. In legătură cu aceasta, clinicienii trebue să arate care anume factori externi din producție și din viață constitue cauza diferitelor boli neinfecțioase. Dacă fiziologii și fiziopatologii nu vor obține în mod sistematic date noi cu privire la cauzele stadiilor incipiente ale bolilor infecțioase, în scopul diagnosticării lor precoce și al tratamentului lor profilactic, igieniștii nu vor putea alcătui scheme raționale privind influențarea asupra factorilor respectivi ai mediului extern, iar cei ce activează în cadrul organizării sanitare nu vor putea elabora forme fundamentate științific de organizare a profilaxiei bolilor neinfecțioase.

In acest sens, un rol important îl dobândește studierea bazelor științifice ale culturii fizice.

Medicii ne atrag atenția asupra desvoltării slabe a exercițiilor de călire și corectare în vârsta copilăriei, pe de o parte, și la vârsta înaintată, pe de altă parte. La aceste vârste nu poate fi aplicat în măsură deplină stimulentul puternic de desvoltare al educației fizice, ca de pildă, competițiile sportive. Deaceea, se înțelege că atâta timp cât cultura fizică era în afara sistemului ocrotirii sănătății, aceste capitole importante nu se puteau desvolta cu succes, întrucât exercițiile fizice, atât pentru copii cât și pentru oameni în vârstă, trebue să se facă numai sub supravegherea medicului, iar într'o serie de cazuri numai de către personalul medical.

Studiul științific al importanței sanitare a culturii fizice rămâne încă în urmă față de desvoltarea fără precedent pe care a luat-o educația fizică în Uniunea Sovietică.

Trebue analizată o problemă foarte importantă, aceea a bazelor științifice ale climatologiei din punctul de vedere al profilaxiei.

Această problemă este apropiată de o altă problemă, deasemenea direct legată de profilaxia bolilor. Este vorba de fiziologia muncii. Numeroși fiziologi sovietici, fără ca să mai vorbim de morfologi, stau de o parte de fundamentarea fiziologică a construcțiilor la locul de muncă, a proce-

deelor de dirijare a mașinilor și mecanismelor. Specialiștii în domeniul activității nervoase superioare se ocupă într'o măsură redusă de problemele asigurării igienice a dirijării mașinilor complexe care necesită un efort intelectual intens. Dece se folosește aci într'o măsură redusă colaborarea medicilor, fiziologilor și anatomiștilor, care s'a justificat într'o măsură atât de mare în ce privește, de pildă, construirea băncilor școlare?

Multă vreme, unii fiziologi și fiziopatologi care erau împotriva învățăturii pavloviste neglijau studiul funcțiilor fiziologice ale organismului cu ajutorul unei tehnici de laborator speciale. In prezent aceste concepții greșite au fost respinse și s'au realizat succese importante în aplicarea metodelor pavloviste, cu ajutorul cărora se obține izolarea față de excitanții externi, în studiul funcțiilor fiziologice ale organismului.

Este timpul de a concentra într'o largă măsură atenția fiziologilor și fiziopatologilor, în special a acelor ce lucrează în domeniul activității nervoase superioare, asupra studiului influenței acelor excitanți care sunt legați de procesele de muncă. Acest lucru este necesar pentru eliminarea din organizarea muncii a excitanților celor mai nocivi și pentru crearea împreună cu inginerii a unor asemenea dispozitive și mecanisme care, într'o măsură mai mare decât în prezent, să țină seama de cele mai noi realizări ale fiziologiei.

In legătură directă cu problemele profilaxiei bolilor infecțioase este deasemenea studiul fiziologiei digestive și alimentației.

Se știe că I. P. Pavlov studiind cele mai importante probleme ale științelor naturii, a inclus în experiența fiziologică astfel de „excitanți" care acționează în viața de toate zilele a omului. Pe el îl interesa în mod deosebit cum reacționează organismul la diferite tipuri de mâncăruri grase, cu carne, cu făinoase, cum acționează băuturile alcoolice asupra organismului. Apar noi și noi tipuri de produse alimentare și Inspecția Sanitară de Stat trebue să aibă date fundamentate din ce în ce mai multe pentru determinarea competentă a standardului diferitelor produse alimentare. Nu este oare timpul ca instituțiile științifice să se intereseze mai profund cum acționează asupra organismului nu numai soneria electrică și diferite semnale colorate, dar și ce mănâncă și ce bea omul în viața lui de zi cu zi?

Trebue să arătăm că unii igieniști care lucrează mult în acest domeniu nu pot face față în prezent materialului imens, nu pot face față în special fundamentării fiziologice a îmbunătățirii din punct de vedere igienic a calității numeroaselor produse alimentare.

Mai sunt o serie de probleme sanitaro-igienice apropiate de problema ridicată de noi. Fără îndoială că în cadrul acestei probleme trebue studiate chestiuni deosebit de importante, care au relații directe cu profilaxia bolilor, în special a celor neinfecțioase. S'a dovedit că scăderea concentrației de praf din aer, din încăperile industriale și de locuit face să diminue în mod proporțional morbiditatea prin boli infecțioase și neinfecțioase. Acelaș lucru se referă la igiena solului, apei etc. O deficiență deosebit de mare în desvoltarea problemelor sanitaro-igienice este faptul că de ele se ocupă într'o măsură redusă instituțiile clinice și fiziologice. Acest lucru slăbește într'o mare măsură frontul profilaxiei bolilor. Iată dece trebue să salutăm inițiativa Institutului de Medicină nr. 1 din Moscova, în cadrul căruia nu numai catedrele de igienă, dar și cele clinice, au început la câte

una dintre uzinele chimice — studiul complex al factorilor mediului extern care pot contribui la producerea diferitelor boli neinfecțioase la muncitori.

In prezent, industria noastră folosește din ce în ce mai mult mașini și mecanisme legate de formarea câmpurilor electrice și a iradiațiilor de tot felul. Printre alte probleme igienice și clinice, problema preîntâmpinării acțiunii nocive a unor asemenea iradieri este deosebit de importantă.

Deasemenea trebue să învingem repede rămânerea în urmă în ce privește cercetările științifice care asigură studiul normelor igienice fundamentate fiziologic, al proceselor de muncă și al mecanizării în agricultură. Dacă în ce privește crearea normelor fiziologice în industrie dispunem de o experiență imensă, în schimb în ce privește cercetările științifice pentru agricultură experiența de care dispunem este cu totul insuficientă. Academia de Științe Medicale a și atras institutiilor științifice atenția asupra problemelor ocrotirii sănătății în mediul rural în lumina hotăririi Plenarei din septembrie a C.C. al P.C.U.S. Acest lucru constitue însă doar începutul unei activități importante. Succesul profilaxiei bolilor este strâns legat de desvoltarea unei largi activități sanitaro-profilactice în sânul populației. Trebue să afirmăm că participarea oamenilor de știință în această operă importantă continuă să rămână insuficientă.

Sarcinile în domeniul profilaxiei bolilor infecțioase și neinfecțioase sunt legate în modul cel mai strâns de progresul metodelor de tratament. In ultimii ani au fost create premize esențiale pentru studiul unor noi metode în tratamentul bolilor și pentru crearea unor noi preparate. Deosebit de importantă este concentrarea eforturilor pentru realizarea unor preparate care, prin acțiunea lor specifică și patogenică, ar jugula procesul morbid. In prezent, pentru multe boli au fost descoperite preparate specifice de tipul antibioticelor, al preparatelor chimice și farmacologice care întrerup evoluția bolii. Deaceea, descoperirea unor noi preparate mai eficiente constitue o sarcină de stat importantă. Trebue să mărim pe seama laboratoarelor mici, învechite și necorespunzătoare, numărul institutiilor care pot obține și sintetiza astfel de preparate.

Totodată, practica medicală are nevoe de studiul cât mai rapid al metodelor de terapie complexă, bazată pe principiul acțiunii asociate a reglării mecanismelor de apărare a organismului și a stimulării proceselor compensatorii asupra cauzei bolii.

Trebue să considerăm ca o deficiență importantă faptul că Academia de Științe Medicale și alte instituții transmit Ministerului Sănătății al U.R.S.S. metodele de aplicare ale unui preparat oarecare ca atare și că unele instituții ale ocrotirii sănătății publice suprimă pur și simplu metodele vechi de tratament și aplică numai noul preparat. Acest lucru se întâmplă deoarece în elaborarea noului medicament ne îngrijim prea puțin de crearea unui sistem complex de utilizare. Acest lucru constitue una dintre principalele deficiențe pe care ni-l indică masele largi ale cadrelor medicale.

O a doua chestiune importantă care trebue să fie desbătută este asigurarea cât mai rapidă a introducerii în practica sanitară a realizărilor științei medicale.

Din păcate, în această privință există o serie de deficiențe serioase. Adeseori instituțiile și organele sanitare se limitează la indicarea că au

fost publicate atâtea monografii, că au fost organizate atâtea consfătuiri, considerând că obligațiile lor privind transpunerea în practică a realizărilor științei medicale s'au terminat cu aceasta. Criteriul principal al aplicării în practică este însă altul. Pentru a constata dacă într'adevăr s'a aplicat în practică o realizare științifică, trebue să ne deplasăm la circumscripția medicală, să vizităm organizațiile de atelier din uzine și să stabilim dacă se cunosc acolo acele noi metode, câteodată remarcabile, care au fost elaborate de știința sovietică și dacă aceste noi realizări se aplică în practica medicală largă. La un asemenea control s'a constatat că numeroase realizări științifice nu ajung până la medicul practician.

Există câteva cauze care provoacă această situație anormală. Astfel, s'a constatat că publicațiile noastre, după caracterul și tirajul lor, se adresează în genere omului de știință și medicului specialist. Până la medicul de circumscripție nu ajung date despre realizările noi în domeniul medicinii interne, chirurgiei și epidemiologiei, date noi care sunt publicate, în revistele de specialitate și în monografiile și revistele de mic tiraj.

Deaceea trebue să considerăm ca o deficiență faptul că prezidiul Academiei de Științe Medicale, deși a luat hotărîrea să publice numeroase broșuri pentru medicii de circumscripție cu titlul „Noi metode complexe de tratament și profilaxie", încă nu a făcut nimic pentru a-și îndeplini această sarcină.

O a doua cauză a lipsurilor în domeniul aplicării noilor preparate curativo-profilactice este calea deosebit de complexă pe care o parcurge noul preparat, eficace din momentul descoperirii sale și până în ziua când ajunge în farmacia raională, de circumscripție sau a uzinei. Se știe că dacă s'a sintetizat un preparat medicamentos nou, pentru ca să se obțină într'o cantitate suficientă pentru a fi experimentat în clinică, este uneori necesar ca timp de multe luni să se caute instituția care „prin favoare" realizează producerea experimentală a acestui preparat. Prezidiul Academiei de Științe Medicale, Sfatul Științific și diferitele direcții ale Ministerului Sănătății al U.R.S.S. nu au luat măsuri hotărîte pentru ca să creeze pe lângă toate instituțiile teoretice și de cercetări, laboratoare experimentale pentru fabricarea noilor preparate.

Chiar după ce preparatul este aprobat, planificarea fabricării sale se face într'o serie de cazuri în mod nesatisfăcător.

Trebue să subliniem că fără participarea reprezentanților instituțiilor științifice, care în prezent iau parte într'o mare măsură la activitatea Ministerului, nu pot fi planificate într'un mod just diferitele activități ale industriei de produse medico-farmaceutice, care constitue una dintre căile principale pentru transpunerea în practică a realizărilor științei medicale.

In plus are o influență negativă asupra rapidității aplicării în practică a realizărilor științei medicale generalizarea încă insuficientă a experienței și atragerea încă insuficientă la activitatea științifico-practică a medicilor care vin în contact direct cu bolnavii și care îndeplinesc pe teren măsurile sanitaro-igienice.

Trebue să ne punem întrebarea: care anume propuneri venite din partea practicienilor, din partea medicilor inovatori, au fost realizate și se aplică cu succes de către instituțiile noastre științifice? Din păcate unele instituții științifice mai au o atitudine indiferentă inadmisibilă față de această chestiune. Din partea a numeroși medici primim numeroase pro-

puneri ştiinţifico-practice care vor rămâne la dosar dacă instituţiile de cercetări ştiinţifice, în frunte cu Academia de Ştiinţe Medicale, nu se va ocupa de ele.

Am dori să atragem atenţia asupra legăturii slabe dintre Academia de Ştiinţe Medicale şi societăţile ştiinţifice care constitue o cale puternică pentru transpunerea realizărilor ştiinţei medicale în practică. Academia de Ştiinţe Medicale, lărgindu-şi influenţa asupra variatelor forme de organizare a cercetărilor ştiinţifico-medicale din U.R.S.S., a neglijat în mod evident acest sector. Până în prezent nu există propuneri în vederea îmbunătăţirii radicale a activităţii societăţilor medicale ştiinţifice, în special a acelora care se creează în oraşele care nu dispun de instituţii de cercetări ştiinţifice.

Revistele medicale de specialitate trebue să devină, prin orientarea şi conţinutul lor, obiectul atenţiei Academiei de Ştiinţe Medicale, lucru care până în prezent a constituit o preocupare redusă a ei. Revistele caracterizează mai mult starea şi nivelul activităţii diferitelor instituţii ştiinţifice decât îşi îndeplinesc funcţia lor principală, şi anume de a aduce la cunoştinţa medicului realizările cele mai importante dintre acelea care trebue folosite cât mai urgent în practică.

Sarcinile principale ale desvoltării orientării profilactice în medicină şi ale transpunerii rapide a realizărilor ştiinţifice în practică sunt strâns legate de necesitatea de a adânci şi lărgi şi mai mult cercetările clinico-experimentale teoretice în domeniul medicinei. Cercetările teoretice în domeniul fiziologiei, al biologiei medicale, al fiziopatologiei, al microbiologiei, al biochimiei, al patologiei clinice etc. trebue să fie şi mai mult lărgite în comparaţie cu cercetările din trecut. Trebue să studiem acele probleme teoretice care fac să progreseze specialitatea respectivă şi care sunt cele mai importante în soluţionarea problemelor speciale şi ştiinţifico-practice ale ocrotirii sănătăţii. Trebue să subliniem că în ştiinţa medicală există numeroase probleme teoretice importante care încă nu pot fi aplicate astăzi în practică, dar care sunt de mare perspectivă pentru viitor. Faţă de aceste probleme trebue să ne concentrăm atenţia şi trebue să le desvoltăm în mod deosebit.

Cea de a şaptea sesiune a Academiei de Ştiinţe Medicale a fost consacrată în întregime rezultatelor cercetărilor ştiinţifico-medicale, în special teoretice, pe baza fiziologiei pavloviste materialiste. Este neîndoelnic că în ultimii ani, în cursul discuţiilor creatoare, desvoltând critica şi autocritica ştiinţifică liberă, baza teoretică a medicinei sovietice s'a întărit. Numeroase concepţii dogmatice şi teorii propagate de diferite şcoli nu mai împiedică în prezent activitatea creatoare a oamenilor de ştiinţă sovietici şi nu produc confuzii în mintea tineretului nostru. Firesţe că încercările directe de a face să renască o anumită patologie cerebrală, dogmele weissmannist-morganiste sau vechea teorie celulară sunt în prezent condamnate la eşec. Insă rămăşiţe şi ecouri ale concepţiilor idealiste se mai manifestă şi în prezent în soluţionarea unor probleme generale şi speciale. Mai sunt persoane care în vorbe admit rolul progresist de pildă al fiziologiei pavloviste, însă în realitate creează tot felul de „concepţii proprii" bazate pe speculaţii dogmatice care încătuşează ştiinţa medicală. Deaceea trebue să desvoltăm critica şi autocritica ştiinţifică şi să sprijinim astfel

desvoltarea mlădițelor noi în știință, să ne eliberăm de dogmatism și subiectivism.

Firește că în ce privește desvoltarea luptei împotriva dogmatismului idealist, o mare răspundere o au oamenii de știință din conducere, care au fost în fruntea luptei pentru desvoltarea bazelor materialiste ale științei medicale. Cu cât frontul fiziologiei materialiste pavloviste va fi mai puternic, cu atât mai mici vor fi posibilitățile pentru reînvierea rămășițelor concepțiilor dogmatice antipavloviste. Prin autocritică trebue să înlăturăm în mod hotărât lipsurile, în special în instituțiile de fiziologie. In acest mod vom ajuta pe tovarășii care luptă în mod perseverent pentru desvoltarea învățăturii lui Pavlov să întărească și mai mult frontul pavlovist, să lege și mai puternic cercetările fiziologice teoretice de practica medicinei profilactice și curative.

Nu trebue să uităm că critica nu este numai o armă ascuțită în lupta împotriva acelora care împiedică desvoltarea a ceeace este progresist și nou în știință, ci totodată este un mijloc deosebit de eficient de înlăturare a deficiențelor din activitatea oricărui muncitor, indiferent de funcția ce ar ocupa-o în societate.

Cadrele medicale sovietice așteaptă ca Academia de Științe Medicale să conducă noua etapă în desvoltarea științei sovietice, al cărei conținut principal este desvoltarea profilaxiei pe baza învățăturii progresiste dialectico-materialiste în medicină și biologie.

Grija neobosită a Partidului Comunist și a Guvernului Sovietic pentru sănătatea poporului, activitatea creatoare a oamenilor de știință sovietici și a tuturor muncitorilor din practica medicală, ca și nivelul cultural mereu crescând al straturilor largi ale populației, constitue chezășia succesului desvoltării continue a orientării profilactice în medicină.

ACTUALITATEA DISPENSARIZĂRII MUNCITORILOR ÎNTREPRINDERILOR INDUSTRIALE

Dr. PESCARU AL.
candidat în ştiinţele medicale

In ultimul timp a început să se manifeste un interes deosebit din partea medicilor reţelei de asistenţă medicală curativo-profilactică de adulţi şi a cercetărilor diferitelor institute de cercetare ştiinţifică din ţara noastră pentru problema dispensarizării. Pe un plan mai larg, în U.R.S.S., tocmai a luat sfârşit o discuţie pe această problemă care a avut loc în coloanele revistei „Ocrotirea Sovietică a Sănătăţii" şi care a atras numeroşi cercetători ştiinţifici şi medici ai spitalelor unificate şi serviciilor medico-sanitare de întreprindere. Fără îndoială că discuţia pe problema dispensarizării din U.R.S.S., tocmai pentru faptul că face bilanţul experienţei mai vechi a sistemului sovietic de ocrotire a sănătăţii în acest domeniu şi dă orientări noi care decurg din directivele congresului al XIX-lea al P.C.U.S. privitoare la planul cincinal de dezvoltare a U.R.S.S. pe anii 1951—1955 în domeniul ocrotirii sănătăţii, este de un nepreţuit ajutor pentru medicii practicieni, organizatorii ocrotirii sănătăţii şi cercetătorii ştiinţifici din R.P.R.

Problema aplicării metodei dispensarizării în activitatea instituţiilor medicale din ţara noastră nu a apărut în mod întâmplător. Ea se leagă în primul rând de politica statului nostru de democraţie populară, care se preocupă consecvent de satisfacerea necesităţilor materiale şi culturale mereu crescânde ale oamenilor muncii.

In al doilea rând, sistemul de stat al ocrotirii sănătăţii din R.P.R. care urmăreşte ridicarea calităţii asistenţei medico-sanitare în scopul îmbunătăţirii permanente a stării de sănătate a maselor muncitoare, îşi întăreşte şi adânceşte cu fiecare zi orientarea profilactică care cere nu numai tratarea, dar mai ales prevenirea bolilor.

In al treilea rând, învăţătura lui I. P. Pavlov despre unitatea organismului şi a unităţii sale cu mediul, despre rolul primordial al sistemului nervos şi al reflexelor condiţionate, despre rolul scoarţei cerebrale şi importanţa celui de al doilea sistem de semnalizare, învăţătură pe drumul căreia păşeşte cu încredere corpul medical românesc, explicând me-

canismul acțiunii de condiționare a organismului de către factorii mediului extern, impune profilaxia activă ca unul din mijloacele importante ale luptei pentru sănătatea poporului.

In al patrulea rând, măsurile organizatorice importante din ultimii ani ca unificarea spitalelor cu policlinicele și circumscripțiile teritoriale, înființarea centrelor sanitaro-antiepidemice și reorganizarea asistenței medicale a muncitorilor prin înființarea serviciilor medico-sanitare și a punctelor de sănătate au creiat forme care permit extinderea și utilizarea metodelor de dispensar și de alte instituții medicale curativo-profilactice, în afară de cele în care s'a utilizat până în prezent (antitbc., antivenerice, de ocrotire a mamei și copilului). Această ultimă condiție arată dintr'un început că sarcina aplicării dispensarizării de către medicii spitalelor unificate și serviciilor medico-sanitare de întreprindere nu vine ca o „supraorganizare". ci ca o îmbogățire a mijloacelor de prevenire a bolilor, cu o metodă de lucru verificată în lupta antituberculoasă și antivenerică și în acțiunea de ocrotire a mamei și copilului.

Luând în considerație totalitatea premizelor mai sus expuse, se poate afirma că extinderea dispensarizării este o problemă necesară, actuală și cu posibilități de a o rezolva just în interesul îmbunătățirii calității asistenței medico-sanitare. Deaceea găsirea formelor organizatorice-metodologice de extindere a metodei dispensarizării este o sarcină de seamă care trebue rezolvată oficial în cel mai scurt timp.

Intrebările cărora trebue răspuns pentru a găsi formele de aplicare a metodei dispensarizării în activitatea spitalului unificat și a serviciului medico-sanitar sunt următoarele:

1. Ce este dispensarizarea?
2. Ce condiții sunt necesare pentru a aplica dispensarizarea?
3. Cine pune în aplicare dispensarizarea?
4. Cine este dispensarizat?
5. Care este tehnica dispensarizării?

Ce este dispensarizarea?

Dispensarizarea este o metodă superioară de asistență medicală curativo-profilactică, activă, individualizată și dinamică, isvorîtă din orientarea profilactică a sistemului socialist de ocrotire a sănătății, care studiază condițiile de mediu pentru a interveni activ în schimbarea lui și utilizează cele mai înalte cuceriri ale științei medicale în scopul ocrotirii sănătății, păstrării capacității de muncă, prevenirii și tratării bolilor.

Fiind o metodă *superioară* de asistență medicală curativo-profilactică, dispensarizarea trebue să fie pusă în aplicare de acele instituții și cadre medicale care au ajuns la un nivel ridicat în activitatea medicală obișnuită, fapt care le poate permite trecerea la o metodă de lucru superioară. Aplicarea metodei dispensarizării trebue să marcheze o etapă nouă în munca medicală a instituției respective, caracterizată printr'o calitate mai bună a asistenței medicale, fapt ce trebue să-l resimtă în primul rând omul muncii.

In acelaș timp, utilizarea metodei dispensarizării nu poate fi un monopol al acelor instituții care își duc activitatea la un nivel ridicat. Condițiile în care se desfășoară activitatea medicală într'un serviciu medico-sanitar de întreprindere sunt în general mai favorabile existenței unui nivel ridicat al asistenței medicale, decât condițiile de muncă ale unui punct

de sănătate medical. Cu toate acestea există posibilități pentru unele puncte de sănătate medicale de a introduce dispensarizarea. Problema constă în aceea că dispensarizarea aplicată chiar în condițiile mai grele de lucru ale unui punct de sănătate medical, să nu se reducă la o ținere în evidență a bolnavilor cronici.

Ținerea în evidență a bolnavilor cronici pe așa numitele fișe de dispensarizare lipsită de o urmărire dinamică și activă care să îmbunătățească starea de sănătate a muncitorilor nu poate fi numită dispensarizare.

Dispensarizarea este acea metodă de lucru care dă posibilitatea instituțiilor medicale să devină pe deplin instituții curativo-profilactice cu preocupări reale de prevenire a bolilor. Pentru aceasta, medicul care-și propune să utilizeze în munca sa metoda dispensarizării trebue să aibă o poziție activă de prevedere și preîntâmpinare a apariției sau agravării bolii la omul pe care-l dispensarizează. Cunoașterea profundă a fiecărui om sănătos sau bolnav din punct de vedere al stării de sănătate în trecut și prezent, al caracteristicelor fiziologice individuale și al condițiilor de viață și muncă îi va permite medicului să sesizeze în cadrul consultațiilor programate pentru fiecare dispensarizat primele modificări patologice și să intervie la timp pentru înlăturarea lor.

Deaceea dispensarizarea trebue să fie un proces de observare și cunoaștere a dispensarizatului, însoțit de măsuri de ocrotire a sănătății cu caracter economic, cultural, medical, educativ, care să fie desfășurat de-alungul multor ani și să fie organizat de unul și același medic.

Cunoașterea temeinică și competentă a împrejurărilor care pot provoca sau au provocat apariția fenomenelor patologice la un individ și intervenția activă în timp util pot să ocrotească sănătatea, să păstreze capacitatea de muncă și să prevină îmbolnăvirea numai în condițiile unei urmăriri îndelungate a dispensarizatului.

Dispensarizarea se bazează pe orientarea profilactică a sistemului socialist de ocrotire a sănătății. Spre deosebire de țările capitaliste în care statul se „ocupă" de profilaxie, iar cabinetele și instituțiile medicale particulare de tratarea bolilor, în sistemul socialist de ocrotire a sănătății — care a căpătat bazele și se dezvoltă și în țara noastră — nu există o separație între medicina curativă și cea preventivă. In aceste condițiuni, metoda dispensarizării pornind dela învățătura lui I. P. Pavlov despre unitatea organismului și a unității sale cu mediul, exprimă sinteza activității curativo-profilactice și sanitaro-profilactice. Deaceea dispensarizarea nu este de conceput fără cunoașterea temeinică și intervenția activă asupra condițiilor de muncă și viață ale dispensarizatului.

Dispensarizarea ca metodă superioară de asistență medicală curativo-profilactică trebue să utilizeze cele mai înalte cuceriri ale științei medicale. Deaceea este necesar ca medicul care aplică dispensarizarea să aibă o înaltă calificare profesională, să atragă în această acțiune diferiți specialiști și să utilizeze cele mai bune metode și mijloace de diagnostic, profilaxie și tratament.

Ce condiții sunt necesare pentru a aplica dispensarizarea?

Condițiile necesare aplicării dispensarizării sunt legate de cerințele și rezultatele aplicării principiilor de bază ale sistemului socialist de ocrotire a sănătății care se consolidează în țara noastră.

Fără a mă opri asupra aspectelor politico-sociale ale ocrotirii sănătății ca aplicarea principiului „caracter de stat" care subliniază obligația statului de a ocroti sănătatea oamenilor muncii, întărirea principiului „unității de conducere" care asigură norme științifice unice de organizare și funcționare a tuturor instituțiilor medicale, planificarea ocrotirii sănătății și asigurarea gratuității asistenței medicale, voi insista asupra problemelor accesibilității, calificării și specializării ajutorului medical, a orientării profilactice a activității medicale, a utilizării științei și tehnicii medicale înaintate, a atragerii maselor în rezolvarea oricăror măsuri de ocrotire a sănătății.

Dezvoltarea și lărgirea accesibilității, a ridicării calificării și adâncirii specializării asistenței medicale nu este o problemă care poate fi hotărâtă și aplicată dela o zi la alta; ea parcurge o serie de etape și merge paralel cu desvoltarea economică-socială și culturală a statului. Dispensarizarea însă cere o largă accesibilitate a asistenței medicale, o înaltă calificare și specializare a acesteia, probleme care se găsesc în țară la noi în stadiul de rezolvare. Desigur că unificarea spitalelor cu policlinicile și circumscripțiile teritoriale are unele realizări pozitive în această privință. In același timp, în sistemul de ocrotire a sănătății din R.P.R. există capitole ale asistenței medicale curativo-profilactice pentru adulți care au primit și primesc o atenție specială ca asistența medico-sanitară la locul de muncă al muncitorilor din întreprinderile industriale (vezi H.C.M. Nr. 1830/1953 prin care se reglementează înființarea și organizarea punctelor de sănătate și a serviciilor medico-sanitare).

Fără îndoială că asistența medicală la locul de muncă a unui colectiv de muncitori redus ca număr la normativele H.C.M. Nr. 1830 oferă posibilități reale din punct de vedere al accesibilității pentru a trece treptat la aplicarea metodei dispensarizării la început în serviciile medico-sanitare și apoi în punctele de sănătate medicale care se găsesc în apropierea spitalului unificat din structura cărora fac parte.

In ceeace privește dispensarizarea muncitorilor dela întreprinderile cu puncte de sănătate medicale care se găsesc la o depărtare de peste 1,5 Km. de spitalul unificat, sau cu puncte de sănătate cu personal mediu sanitar cât și dispensarizarea muncitorilor dela întreprinderile mici fără punct de sănătate — fără a nega unele rare excepții — cred că nu este posibilă în etapa actuală.

Problema aplicării dispensarizării de către medicul punctului de sănătate medical determină o contradicție care nu poate fi rezolvată ușor. Este vorba de faptul că pe de o parte se afirmă că punctul de sănătate medical trebue să dea primul ajutor în caz de accidente, intoxicații profesionale și îmbolnăviri acute (și să organizeze activitatea sanitaro-profilactică la locul de muncă) și să renunțe a acorda asistență medicală curativo-profilactică, care ar fi insuficient calificată și nediferențiată, iar pe de altă parte se preconizează utilizarea unei metode de asistență medicală curativo-profilactică superioară care este dispensarizarea.

Punem însă întrebarea: dece se caută ca medicii punctelor de sănătate să facă parte din structura spitalului unificat (să lucreze dimineața în staționar)? Nu oare pentru a li se ridica nivelul profesional? In cazul acesta trebue să ne îndreptăm privirea și spre viitor și să înțelegem că într'un timp scurt medicul de astăzi al punctului de sănătate medical (care

în multe locuri nu are încă o calificare înaltă), va corespunde calificării profesionale pe care i-o cerem (şi pentru care creăm condiţii cum este unificarea punctului de sănătate medical cu spitalul unificat). Unii tovarăşi afirmă că în fond şi primul ajutor cere o calificare înaltă vrând să sublinieze prin aceasta că preocupările legate de ridicarea nivelului profesional al medicului punctului de sănătate medical nu sunt legate de scopul de a face ca acesta să dea consultaţii de medicină internă şi de dorinţa de a-l îndruma să rezolve just cazurile de accidente de muncă, îmbolnăviri acute, intoxicaţii profesionale. Aceasta e just însă nu cred că este cineva convins că medicul lucrând în staţionarul de boli interne va şti să rezolve mai bine un accident sau o intoxicaţie profesională. Pentru aceasta se cere şi ar fi bine să se facă unele instructaje sau cursuri. In plus cazurile grave de acest fel tot trebuesc trimise specialiştilor spitalului unificat. Prin urmare, cât timp vom interzice medicului calificat al punctului de sănătate medical să dea consultaţii de medicină internă, tot atâta timp îl vom sili să facă o muncă inferioară celei pentru care a primit un învăţământ superior. Subliniez că e vorba de medicul calificat. Cred că acest punct de vedere ar trebui să se reflecte într'o anumită măsură şi în regulamentul de funcţionare al punctului de sănătate.

Intre altele aş pune întrebarea: transformarea punctelor de sănătate cu medic, apropiate de spitalul unificat (la o distanţă până la 1,5 Km.) în puncte de sănătate cu personal mediu sanitar date în grija medicului de circumscripţie teritorială care să lucreze trifazic cu $1^1/_2$ normă la o circumscripţie cu 4000 populaţie, ar contrazice dispoziţiilor H.C.M. Nr. 1830 cu privire la reorganizarea asistenţei medicale a muncitorilor? Cred că nu. Această formulă ar putea rezolva multe probleme printre care una de o importanţă deosebită: fondul de cadre necesar spitalelor unificate, serviciilor medico-sanitare şi punctelor de sănătate medicale.

Lărgirea sferei de activitate a medicului punctului de sănătate medical apropiat de spitalul unificat, la consultaţii curente de medicină internă şi utilizarea medicilor primari şi a specialiştilor (trimiterea bolnavului la policlinică sau deplasarea periodică a specialiştilor spitalului unificat la punctul de sănătate) este o schimbare necesară care corespunde în parte şi unei realităţi din teren. In felul acesta s'ar evita o întrerupere a continuităţii asistenţei medicale de către unul şi acelaş medic care fără îndoială nu poate acorda primul ajutor şi aplică dispensarizarea fără a completa veriga intermediară prin consultaţii curente care să-i permită cunoaşterea organismului în totalitatea sa. In legătură cu aceasta nu este inutil a se lua în discuţie şi propunerea de a acorda $1^1/_2$ normă medicului punctului de sănătate medical situat la 1,5 km. de Spitalul unificat, care să lucreze (3 ore în staţionar, 4 ore la policlinică şi $3^1/_2$ ore la punctul de sănătate şi în atelier). In acest caz consultaţiile curente de medicină internă şi dispensarizarea ar urma să fie făcută în cadrul orelor de lucru dela policlinică (cu păstrarea fişei de ambulator, pe care se vor trece datele dispensarizării, la fişierul policlinicei). Timpul de muncă acordat la punctul de sănătate ar putea fi utilizat pentru asigurarea primului ajutor şi mai ales cunoaşterea condiţiilor de muncă. Fără îndoială că această propunere nu se deosebeşte fundamental de propunerea de a lega medicul de circumscripţie teritorială a spitalului unificat de punctul de sănătate medical, însă oferă condiţii mai favorabile de asistenţă medicală prin faptul că

timpul de muncă al medicului cuprinde un volum mai mare și mai organizat dat asistenței la locul de muncă.

O problemă de accesibilitate a asistenței medicale este deservirea teritorială de circumscripție. Și în această chestiune colectivele de muncitori ale circumscripțiilor de atelier a serviciilor medico-sanitare sau ale punctelor de sănătate, prin numărul redus de oameni și concentrarea lor constitue o condiție favorabilă pentru dispensarizare. Aceasta arată în acelaș timp că spitalele unificate dela noi care au de rezolvat încă multe probleme organizatorice, printre care timpul insuficient de muncă acordat medicului de circumscripție pentru asistența de tip ambulator și pentru muncă profilactică în circumscripția de 8000 populație, nu pot trece — cu unele rare excepții — la dispensarizarea populației urbane. Un fapt pozitiv în condițiile de astăzi ale spitalului unificat ar fi aceea ca el să patroneze și să ajute dispensarizarea muncitorilor din întreprinderile cu puncte de sănătate medicale și să încerce dispensarizarea muncitorilor din întreprinderile apropiate cu punct de sănătate cu personal mediu sanitar sau fără punct de sănătate.

In ceeace privește dispensarizarea în mediu rural aceasta este o problemă care în prezent nu corespunde necesităților și greutăților care trebue rezolvate urgent în următorii ani în domeniul asistenței medicale a populației rurale (vacanțele din circumscripțiile rurale, spitalele raionale ca centre de asistență medicală specializată, etc.).

Desigur că toate cele expuse mai sus nu trebue să ducă la pasivitate cadrele instituțiilor medicale curativo-profilactice. Medicii acestor instituții, ajutați de organele locale ale ocrotirii sănătății trebue să înceapă activitatea pentru a creea condițiile necesare trecerii la o formă mai bună de asistență medicală. Și aceasta privește în primul rând ridicarea calificării profesionale și organizarea justă a muncii.

Dacă în acțiunea de dispensarizare medicul trebue să recunoască și să urmărească în special formele de debut ale bolii și deasemenea să preîntâmpine crearea condițiilor care determină boala, atunci este evident că atenția sa trebue să se îndrepte în mod special asupra condițiilor de muncă și trai ale dispensarizatului. Aceasta este valabil bineînțeles și în cazul dispensarizaților cu boli cronice.

Pentru cunoașterea condițiilor de mediu și determinarea legăturilor dintre factorii de mediu și starea de sănătate a dispensarizaților nu sunt suficiente cunoștințele în disciplinele igienei ale medicului internist. Un rol deosebit de important aparține medicului igienist al Centrului Sanitaro-antiepidemic (sau al Serviciului Medico-Sanitar de întreprindere). Medicul igienist trebue să dea un ajutor prețios medicului în acțiunea dispensarizării prin alcătuirea unui studiu al condițiilor de mediu, în special al condițiilor de muncă din întreprinderi și deasemenea în descoperirea factorilor etiologici la analiza morbidității.

Utilizarea cuceririlor celor mai înaintate ale științei medicale în acțiunea de dispensarizare este o necesitate legată de însăși calitatea nouă a asistenței medicale pe care trebue să o dea introducerea acestei metode. Aici un rol hotărâtor îl au metodele obiective ale diagnosticului precoce, fără de care nu se poate concepe o reală orientare profilactică a activității

medicale. Aceasta arată încă odată necesitatea ca medicul să aibă o înaltă calificare profesională, dar în acelaș timp să fie înarmat cu o justă concepție profilactică. Medicii specialiști trebue deasemenea să participe activ la acțiunea de dispensarizare care cere o calificare și specializare înaltă.

O condiție deosebit de importantă în punerea în aplicare a dispensarizării este atragerea maselor la rezolvarea acestei probleme. Aici este vorba atât de grupul celor dispensarizați cât și de organele administrative, sindicale sau ale altor organizații de masă. Fără a duce o muncă de lămurire și a lua o atitudine justă față de fiecare dispensarizat, fără a depune toate eforturile pentru ca cel dispensarizat să simtă o grijă specială pentru sănătatea sa din partea medicului și să fie convins că acțiunea dispensarizării îi aduce un folos, va fi imposibil să se obțină rezultate bune în această muncă.

Organele administrative și sindicale au un rol mare în îmbunătățirea condițiilor de muncă și de viață a dispensarizaților. Deaceea o justă lămurire a lor în problemă poate da rezultate în îmbunătățirea stării de sănătate a dispensarizaților, mai bune decât cele mai superioare metode de tratament medical.

Prin urmare condițiile principale pentru a aplica dispensarizarea sunt:

1. existența unei largi accesibilități și a unei calificări a asistenței medicale pe baza organizării unei deserviri teritoriale juste a populației cu respectarea principiului asistenței medicale la locul de trai și în special la locul de muncă și a organizării condițiilor de creștere permanentă a nivelului profesional al medicilor prin sistemul de muncă al spitalului unificat.
2. existența posibilității de participare organizată a medicilor specialiști ai spitalului unificat la munca de dispensarizare.
3. organizarea unor legături strânse cu medicii igieniști ai centrelor sanitaro-antiepidemice.
4. asigurarea participării la dispensarizare a celor dispensarizați precum și a organelor administrative, sindicale, etc.
5. cunoașterea problemei dispensarizării de către medici.

Din cele expuse reiese că în etapa actuală, se poate trece la dispensarizarea muncitorilor din întreprinderile cu sarcini medico-sanitare și din unele întreprinderi cu punct de sănătate medical apropiat de spitalul unificat. Condițiile necesare pentru ca să se aplice dispensarizarea în punctele de sănătate ar fi:

1. punctul de sănătate să intre în structura spitalului unificat și să nu se găsească la o distanță mai mare de spital de 1,5—2 km.
2. medicul punctului de sănătate să aibă o bună calificare.
3. Spitalul unificat să nu fie aglomerat de necesitățile dispensarizării într'un număr prea mare de puncte de sănătate (insuficient numărul de specialiști).

Cine pune în aplicare dispensarizarea?

Dispensarizarea trebue organizată și pusă în aplicare de către aceia care cunosc cel mai bine starea de sănătate a dispensarizaților și condițiile lor de muncă și viață, adică de medicii circumscripțiilor de atelier ai serviciilor medico-sanitare, de medicii punctelor de sănătate medicale.

Subliniez că medicii de circumscripție teritorială vor avea rolul de a pune la dispoziția medicilor serviciilor medico-sanitare și a punctelor de

sănătate medicale date privind condițiile de trai dela domiciliul dispensarizaților și chiar unele indicații cu privire la dispensarizare. In nici un caz nu e vorba ca medicii de circumscripție care deservesc populația teritoriului pe care se găsește întreprinderea cu punct de sănătate medical să fie consultați de medicii întreprinderilor în cazurile mai grele. Pentru aceasta medicii punctelor de sănătate medicale trebue să se adreseze medicului primar al spitalului unificat în staționarul căruia lucrează.

In ceeace privește organizarea (adică aplicarea) dispensarizării de către medicii de circumscripție teritorială a Spitalelor unificate (în afară de rare excepții), aceasta e o problemă de viitor. Desigur că acordarea de 1½ normă medicului circumscripției de 4000 locuitori în forma expusă mai sus, ar putea creia condiții pentru începerea unei acțiuni de dispensarizare — pentru început de un volum mic.

Pentru cunoașterea condițiilor de trai, medicii circumscripției de atelier ai S.M.S. și medicii punctelor de sănătate medicale vor trebui să ia legătura cu medicii de circumscripție teritorială de domiciliu ai dispensarizaților.

Participarea medicilor primari de spital unificat la dispensarizarea muncitorilor din întreprinderile cu punct de sănătate medical este foarte utilă. Cred însă că e greu de realizat aceasta — pentru un număr mare de cazuri — până în momentul când vom avea în spitale medici secundari (nu e vorba de cei clinici) care vor putea face vizită medicală în staționar (până la 11 dimineața) sau vor supraveghea bolnavii internați (după ora 11 dim.) în cazul când medicul primar pleacă pe teren.

Dacă participarea specialiștilor la dispensarizare este relativ mai ușor de organizat într'un serviciu medico-sanitar de întreprindere, în cazul spitalului unificat problema poate întâmpina unele greutăți. Stabilirea unor zile în fiecare lună în care acești specialiști pot primi pe dispensarizați sau se pot deplasa la punctul de sănătate medical, ar putea fi un mijloc de rezolvare a problemei. In orice caz, nu cred posibilă organizarea comisiei de specialiști pentru dispensarizare care să trieze sau să urmărească în timp pe cei dispensarizați, lucrând în plin, după metoda comisiei de recrutare.

Atât în problema specialiștilor care ar trebui să formeze o comisie de dispensarizare, cât și în problema medicilor primari care ar trebui să meargă pe teren, ar trebui procedat cu prudență, pentru a nu face „supra-organizări" care să ducă la desorganizarea activității obișnuite medicale care are și în prezent unele greutăți în desfășurarea ei.

In ceeace privește dispensarizarea muncitorilor cu anumite forme nosologice de boală de specialitate îngustă, ea va fi făcută de specialistul respectiv, cazul fiind ținut în evidență și de medicul circumscripției de atelier al S.M.S.-ului sau de medicul punctului de sănătate medical.

Asupra rolului activ al medicilor igieniști în acțiunea dispensarizării s'a arătat mai înainte.

Cine este dispensarizat?

Această întrebare se referă la contingentele de oameni care pot fi dispensarizați.

Pentru a putea rezolva problema este necesar a privi starea de sănă-

tate și starea de boală într'o anumită legătură obiectivă și nu ca pe niște fenomene izolate, rupte unul de altul. Iată cum s'ar putea înțelege printr'o schemă întreaga problemă.

D.S. D.B. B. DB.

In această schemă există o linie neîntreruptă (B) care reprezintă perioada de boală (la stadiul cunoștințelor actuale în medicină, aceasta ar fi de obicei perioada de incapacitate temporară de muncă).

Desigur că în această perioadă se institue un tratament regulat. Dispensarizarea nu are ce căuta în acest timp, ea nefiind în conținutul ei o metodă de tratament. Dispensarizarea intervine până la apariția bolii și are ca scop prevenirea ei (perioadă reprezentată de linia întreruptă cu inițialele D.S. adică dispensarizarea sănătoșilor). Deasemenea dispensarizarea intervine în perioada de debut a bolii (linia punctată cu inițialele D.B. adică dispensarizarea bolnavilor) sau în perioada de desfășurarea cronică a bolii (linia întreruptă cu inițialele D.B.).

In anumite cazuri linia întreruptă ar putea reprezenta perioada de desfășurare acută a unei boli care apoi trece într'o stare cronică ce permite totuși reîntoarcerea bolnavului în muncă. In alte cazuri linia neîntreruptă (B) ar putea constitui faza acută a unei boli cronice.

In toate aceste cazuri trebue să fie clar, așa cum a vrut să arate schema, că:

1. două grupuri de oameni pot fi dispensarizați:

a) oameni sănătoși — dispensarizarea pe grupe de oameni legați prin același specific de producție sau caractere fiziologice comune (adolescenți).

b) oameni bolnavi — dispensarizarea pe grupe de bolnavi cu aceleași forme nosologice de boală.

2. tratarea regulată și corectă a unui bolnav cu incapacitate temporară de muncă nu poate fi considerată dispensarizare.

Considerarea perioadei de boală ca un timp în care nu are ce căuta dispensarizarea nu înseamnă o fragmentare a preocupărilor deoarece unul și același medic care dispensarizează conduce și tratamentul. Observația este însă necesară pentru a nu creia confuzii asupra conținutului profund profilactic (de prevenire a bolilor și de păstrare a capacității de muncă) pe care-l are dispensarizarea. In practică se văd dese exemple în care se consideră dispensarizarea, un tratament corect și regulat aplicat unui bolnav în timpul perioadei de incapacitate de muncă. Bineînțeles că timpul de tratament al unei crize sau al unor fenomene acute la un bolnav cronic care este dispensarizat, nu va fi socotit ca o perioadă de pauză a dispensarizării. Tratamentul devine o parte a dispensarizării numai atunci când intervine ca o verigă într'un lanț de măsuri care au precedat sau urmat starea de boală la unul și același individ.

In ceeace privește contingentele de oameni sănătoși care pot fi dispensarizați, aceștia sunt: muncitorii din atelierele cu noxe profesionale care pot favoriza sau determina o stare de boală, muncitorii adolescenți, muncitorii atelierelor cu procese de producție hotărâtoare pentru bunul mers al întreprinderii, muncitorii stahanoviști și fruntași, unele cadre din personalul tehnico-ingineresc și conducător al întreprinderii, femeile gravide

(care vor fi dispensarizate de obstetrician-ginecolog), sportivii (dispensarizați de medicul de medicină sportivă).

Desigur că pentru alegerea oamenilor bolnavi care pot fi supuși dispensarizării trebue cunoscută structura morbidității întreprinderii pentru a ataca în primul rând ceeace este cel mai frecvent. In acelaș timp există unele forme nosologice de boli cum ar fi boala hipertonică, boala ulceroasă, reumatismul, bolile sistemului cardio-vascular care trebuesc urmărite activ și dinamic.

In ceeace privește proporția de bolnavi față de cei sănătoși care trebuesc dispensarizați este greu de fixat anumite norme. Condițiile concrete locale trebue să orienteze pe medic. Ceea ce trebue avut în vedere este tendința în timp și pe măsura posibilităților de a avea sub observație un număr din ce în ce mai mare de sănătoși și din ce în ce mai mic de bolnavi.

Stabilirea numărului de dispensarizați este o problemă care depinde de situația condițiilor de muncă și a morbidității din întreprinderea respectivă, dar și de posibilitățile locale ale personalului medical. Cifra de 130—150 dispensarizați pentru un medic reprezintă o posibilitate în condițiile actuale. In acelaș timp este clar că la începutul dispensarizării se poate fixa un număr mai mic ca de exemplu 50 pentru primele 2—3 luni apoi 70 și așa mai departe.

Care este tehnica dispensarizării?

O fază deosebit de importantă pentru succesul acțiunii de dispensarizare este faza de pregătire.

Prima acțiune a fazei de pregătire trebue să fie verificarea existenței tuturor condițiilor necesare dispensarizării și îmbunătățirea lor. Astfel trebue stabilită și planificată forma de participare la dispensarizare a medicilor primari și a specialiștilor spitalului unificat. Medicii igieniști ai Centrului Sanitaro-antiepidemic sau ai S.M.S.-ului trebue să facă pe baza studiului întreprinderii o caracteristică a condițiilor de muncă. O campanie puternică de propagandă a metodei dispensarizării în rândul muncitorilor va însoți toată pregătirea; propaganda va fi continuată și în timpul urmăririi (aplicării propriu zisă) a dispensarizării.

Acțiunea de lămurire va cuprinde temeinic organele administrative, sindicale și ale organizațiilor de masă.

In faza de pregătire medicii care vor aplica dispensarizarea trebuesc temeinic pregătiți. Se pot ține câteva referate cu problema dispensarizării. Luându-se în considerație problemele principale de morbiditate și lipsurile eventuale în pregătirea profesională medicală se pot organiza lecții, conferințe, referate, seminarii pe unele teme ca: bolile aparatului cardio-vascular, boala hipertonică, etc. Aceleași forme de ridicare a nivelului profesional pot fi aplicate și pentru îndrumarea medicilor cu cunoștințe mai adânci în problemele igienii muncii și bolilor profesionale. La aceste acțiuni pot fi antrenați cei mai buni specialiști și chiar cercetători științifici și cadre didactice din învățământul medical.

Un alt moment important al fazei de pregătire este selecționarea dispensarizaților. Căile prin care pot fi selecționați muncitorii pentru dispensarizare sunt: studiul condițiilor de mediu din ateliere, studiul morbidității (generală, cu incapacitate temporară de muncă, profesională), consultațiile medicale curente, studiul internărilor și epicrizelor celor internați

în staționar, activitatea comisiei medicale consultative aprecierea importanței diferitelor cadre de stahanoviști, specialiști și conducători ai întreprinderii, controalele medicale profilactice și periodice. In legătură cu efectuarea controalelor medicale profilactice și periodice trebue spus că există adesea tendința de a confunda această acțiune cu dispensarizarea. Aceasta este o tendință injustă. Spre deosebire de controlul medical profilactic și periodic care este o metodă de verificare a stării de sănătate a muncitorilor la angajare și a colectivului de muncitori care lucrează într'un proces de producție cu noxe profesionale numeroase și importante, dispensarizarea este o metodă individualizată și dinamică de ocrotire a sănătății. Dispensarizarea este un complex de măsuri de o profunzime mai mare, tocmai pentru faptul că poate studia mai adânc starea de sănătate a individului. Cea mai mare parte a examenelor medicale profilactice și periodice prevăd examinarea odată sau de două ori pe an a colectivului muncitoresc. Este evident că dispensarizarea își detailează frecvența examinărilor pentru fiecare individ și în orice caz mult mai des. Spre deosebire de supravegherea dinamică în timp a dispensarizării, controlul medical profilactic și periodic reprezintă o fotografiere la un moment dat a stării de sănătate a unui colectiv de muncitori. Desigur că această „fotografiere" trebue să fie utilizată ca un mijloc de selecționare a muncitorilor pentru dispensarizare.

Deosebit de importantă este precizarea formelor de înregistrare, urmărire și analiză a dispensarizării încă în faza de pregătire. Insăși realitatea unității organismului și a unității sale cu mediul cere existența unei fișe unice de sănătate pentru fiecare dispensarizat. Fișa actuală de ambulator completată (iar în viitor modificată radical), trebue să conțină toate datele privind starea de sănătate a individului. In ceeace privește locul în care trebue să stea fișa, dacă pentru serviciul medico-sanitar e simplu (fișa stă la fișierul S.M.S.), pentru punctul de sănătate medical este dificil. Păstrarea fișei la punctul de sănătate dă posibilitate medicului să aibă în orice moment unele date din trecutul stării de sănătate a bolnavului care vine să primească ajutorul medical. Spun „unele" fiindcă fișa păstrată la punctul de sănătate are deobicei un al doilea exemplar la policlinica Spitalului unificat care deservește teritoriul pe care se află întreprinderea și chiar un al treilea exemplar la policlinica Spitalului unificat care asigură asistența medicală pe teritoriul de domiciliu al muncitorului (când muncitorul locuește în alt teritoriu decât cel în care se găsește întreprinderea). In plus în cazul când este necesar consultul specialiștilor spitalului unificat aceștia nu pot cunoaște bolnavul și nici n'au unde consemna observațiile. Păstrarea fișei la policlinica spitalului unificat în structura căruia se găsește punctul de sănătate medical ar rezolva aceste probleme în mod just mai ales dacă avem în vedere că medicul punctului de sănătate are ½ normă zilnic în staționar și poate ține legătura cu fișierul policlinicii (când aceasta este alăturată sau învecinată de staționar). Observațiile făcute de medicul punctului de sănătate pot fi consemnate pe foi separate care să fie trimise fișierului prin sorță și atașate fișelor individuale păstrate la policlinică. Aceasta e perfect just întrucât punctul de sănătate medical trebue să fie considerat un post medical înaintat al Spitalului unificat care are ca scop asistența medicală preferențiată a muncitorilor la locul de muncă. In felul acesta medicul punctului de sănătate ar fi mai

legat de spitalul unificat, iar specialiștii acestuia și medicul primar internist ar avea posibilitatea de a-i da un ajutor efectiv. Toate acestea se referă la punctul de sănătate medical situat la 1,5 km. de Spitalul unificat.

Încă în faza de pregătire, medicul care dispensarizează trebue să-și facă o planificare a consultațiilor pe care trebue să le facă în cadrul dispensarizării pornind dela fiecare caz și nu făcând numai o apreciere globală aproximativă a volumului de muncă.

Odată terminată faza de pregătire trebue trecut la urmărirea fiecărui dispensarizat adică la dispensarizarea propriu zisă. Esențial pentru o bună dispensarizare este înțelegerea faptului că aceasta este o acțiune care se desfășoară pe mulți ani, este urmărită de un colectiv de specialiști și organizată de medicul internist, organizator de ocrotire a sănătății colectivului primit în grije.

In conținutul măsurilor dispensarizării intră intervenția activă pentru îmbunătățirea permanentă a condițiilor de mediu. In acest scop un rol important îl au maeștrii, inginerii, sindicatul, administrația, apoi specialiștii S.M.S. sau Spitalului unificat care vizitează periodic atelierele, igieniștii centrului sanitaro-antiepidemic care ajută la cunoașterea științifică a condițiilor de mediu și la îmbunătățirea lor și însfârșit organele locale ale ocrotirii sănătății.

Totalitatea măsurilor întreprinse trebue să facă pe muncitor să simtă că are un folos din dispensarizare și să-l facă astfel să participe activ la ocrotirea sănătății sale.

Examinări medicale periodice atente în care dispensarizatul să aibă ocazia de a arăta ce-l doare sau îl neliniștește, recomandări medicale și sfaturi asupra regimului de viață legate de posibilitățile reale de realizare, vizitarea dispensarizatului la locul de muncă și cunoașterea precisă a condițiilor de lucru, grija pentru utilizarea justă a concediului de boală sau de odihnă, cunoașterea regimului alimentar al dispensarizatului și luarea de măsuri pentru îmbunătățirea lui, schimbarea locului de muncă, preocuparea pentru condițiile de trai dela domiciliu, instituirea tratamentului fizioterapic, organizarea sanatoriului de noapte, recomandarea curei de ape minerale medicinale etc., etc. sunt măsuri care intră în conținutul dispensarizării și care duc fără îndoială la îmbunătățirea stării de sănătate a a dispensarizatului.

Folosul dispensarizării trebue apreciat prin rezultate ca păstrarea capacității de muncă a dispensarizaților, scăderea morbidității generale, cu incapacitate temporară de muncă și profesională, scăderea numărului acutizărilor în cazurile bolilor cronice.

In concluzie putem spera că dacă medicii din domeniul asistenței medicale a munctiorilor din întreprinderile industriale vor ști să împletească cunoașterea principiilor dispensarizării cu aprecierea justă a posibilităților și perspectivelor locale, se va putea obține o nouă îmbunătățire a calității activității de ocrotire a sănătății.

Articolul de față a fost scris pe baza referatului „Problemele dispensarizării în literatura sovietică de specialitate" ținut de autor la 15 Aprilie 1952 la Catedra de Organizare a Ocrotirii Sănătății a Institutului Central de perfecționare a medicilor din Moscova. (N. A.).

BIBLIOGRAFIE

Abramovici L. A.: Din experienţa dispensarizării bolnavilor de ulcer stomacal şi duodenal. Sov. Zdr. nr. 5/1951.

Al. G. E.: Depistarea precoce a tuberculozei după materialele evidenţei primare din dispensarele antituberculoase. Vopr. tuberc. nr. 3/1950.

Andreieva I. A.: Experienţa dispensarizării invalizilor Marelui Război pentru Apărarea Patriei de către policlinică. Sov. Zdr. nr. 1/1949.

Anfilogov S. N.: Concluziile controalelor profilactice oncologice ale populaţiei. Sov. Mediţina nr. 6/1949.

Astafieva G. M., Deriabina V. L.: Unificarea spitalelor cu policlinicile şi asistenţa de dispensar a populaţiei. Sov. Zdr. nr. 1/1952.

Berlin I. I.: Principiile şi schema grupării contingentelor dispensarizate. Sovr. tuberc. nr. 5/1951.

Carlova A. N.: Dispensarizarea copiilor sugari în condiţiile unificării curativo-profilactice. Pediatria nr. 5/1951.

Chiriac D.: Sistemul de evidenţă în aplicarea metodei dispensarizării în întreprinderi. Rev. de Ocrot. a Săn. în R.P.R. nr. 4/1953.

Clocico G. T., Sarapova N. A.: Despre activitatea medicului consultant de atelier în sistemul serviciului medico-sanitar al uzinei. Sov. Zdr. nr. 4/1951.

Corninschina O. G.: Organizarea activităţii secţiei sanitare de întreprindere. Sov. Zdr. nr. 3/1952.

Culeşov V.: Serioase lipsuri în metodele dispensarizării. Mediţin. rabotnic. nr. 50/1951.

Curbatova E. M.: Despre metodica dispensarizării populaţiei. Sov. Zdr. nr. 1/1952.

Dvorkin A. M.: Asistenţa de circumscripţie de atelier a muncitorilor întreprinderilor industriale. Sov. Zdr. nr. 5/1951.

Efremov A. F.: Experienţa dispensarizării muncitorilor din principalele profesiuni la uzina de automobile „V. M. Molotov" din oraşul Gorki. Sov. Zdr. nr. 3/1952.

Filipova E. S.: Dispensarizarea în circumscripţia medicală unică. Vracebnoe delo nr. 4/1951.

* * * A desăvârşi metodele dispensarizării. Mediţin. rabotnic nr. 55/1951.

* * * Dispensarizarea metodă înaintată. Mediţin. rabotnic nr. 67/1951.

* * * Circumscripţia de atelier — baza serviciului medico-sanitar la întreprinderi. Mediţin. rabotnic nr. 37/1949.

Florea L.: Dispensarizarea — factor important în ocrotirea sănătăţii oamenilor muncii. Muncitorul Sanitar nr. 44/1953.

Freidlin S. I.: Organizarea activităţii punctului sanitar. Ed. de stat pentru literatura ştiinţifică, 1951.

Germanov A. I.: Experienţa organizării dispensarului pentru bolnavii de hipertonie. Sov. Mediţina nr. 11/1949.

Granovscaia S. E.: Datele noastre despre munca dispensarului pentru bolnavii de hipertonie. Vracebnoe delo nr 3/1950

Grom L.: Dispensarizarea şi aplicarea ei în spitalul Unificat de adulţi.

Ilea T., Grosz G., Apostol N.: Dispensarizarea, metodă superioară de asistenţă medicală a populaţiei. Rev. de Ocrotire a Sănătăţii în R.P.R. nr. 4/1953.

Lecarev L. G.: Metoda asistenţei de dispensar a populaţiei. Sov. Zdr. nr. 3/1952.

Lindrinovschi I. I.: Unificarea dispensarelor antituberculoase cu spitalele de antituberculoase. Problemî tuberculioza nr. 4/1949.

Lucomschi P. E.: Despre dispensarizarea celor mai importante grupe de bolnavi de boli interne. Sov. Mediţina nr. 8/1951.

Maistrah K. V.: Metoda dispensarizării la etapa actuală a sistemului sovietic de ocrotire a sănătăţii. Sov. Zdr. nr. 1/1952.

Nazarchina G. C.: Experienţa de un an a muncii de dispensarizare a bolnavilor de hipertonie. Sov. Mediţina nr. 1/1950.

Nezlin S. E., Zachim M. M.: Studiul eficienţei muncii dispensarului antituberculos în depistarea precoce a tuberculozei. Biuletin instituta tuberculioza AMN. S.S.S.R. nr. 3/1950.

Nezlin S. E.: Despre câteva probleme ale metodicii de lucru a dispensarului antituberculos. Biuletin. inst. tuberculioza AMN. S.S.S.R. nr. 3/1949.

Nezlin S. E. Activitatea de educaţie sanitară a dispensarului antituberculos. Problemî tuberculioza nr. 5/1949.

Oppenheim D. G.: Spitalul orăşenesc. Medghiz 1949.

Osipov I. A.: Dispensarizarea muncitorilor care lucrează cu curenţi de înaltă tensiune. Sov. Zdr. nr. 2/1953.
Petrov B. D.: Profilaxia individuală. Mediţin. rabotnic nr. 81/1953.
* * * Medicul de întreprindere. Mediţin, rabotnic nr. 41/1953.
Pines R. M.: Asistenţa medicală a şcolarilor în sistemul spitalului unificat de copii. Sov. mediţina nr. 9/1949.
Pruteanu P.: Dispensarizarea în mediul rural după metoda Ciudnovse în regiunea Iaşi. Muncitorul Sanitar nr. 49/1953.
Radchin P. P.: Dispensarizarea pe marile şantiere ale comunismului. Sov. Zdr. nr. 4/1952.
Rugină V. şi colab.: Cum am aplicat metoda dispensarizării la o mare întreprindere textilă din Iaşi. Rev. de Ocrotire a Sănătăţii în R.P.R. nr. 4/1953.
Saţonov A. G.: Metoda dispensarizării în deservirea populaţiei rurale. Sov. Zdr. nr. 2/1953.
Samorodniţchi D. I.: Principiul de atelier al asistenţei medicale a muncitorilor. Sov. Zdr. nr. 1/1950
Semaşco N. A.: Insemnări asupra teoriei organizării sistemului sovietic de ocrotire a sănătăţii. Izdanie AMN — Moscova — 1947.
Sârovatco F. A., Petrov C. M.: Analiza datelor privitoare la examenele ginecologice profilactice efectuate în rândurile populaţiei feminine. Sov. mediţina nr. 6/1953.
Singurova A. F.: Experienţa muncii medicului de întreprindere în domeniul dispensarizării.
Sortan V.: Aspecte ale aplicării metodei dispensarizării la o fabrică metalurgică din Cluj. Rev. de Ocrotire a Sănătăţii în R.P.R. nr. 4/1953.
Zamnhovsci S. M..: Despre principiile grupării de dispensarizare a bolnavilor. Voprosî tuberculioza nr. 3/1951.
Zaharina O. M., Golubeva M. A., Voscresenscaia N. A.: Din experienţa muncii surorilor de circumscripţie ale dispensarului antituberculos. Mediţin. sestra nr. 8/1950.

★

НЕОБХОДИМОСТЬ ДИСПЕНСАРИЗАЦИИ РАБОЧИХ НА ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЯХ

В статье ставится вопрос о необходимости диспенсаризации рабочих промышленных предприятий и указываются также условия и формы, применения этого метода в медицинских учреждениях, которые обслуживают коллективы рабочих.

Диспенсаризация является высококачественным лечебно-профилактическим методом врачебной помощи — активной, индивидуализированной и динамической, — основанной на профилактическом направлении социалистической системы здравоохранения, при котором изучаются условия среды в целях активного вмешательства для их изменения в надлежащую сторону, с применением последних завоеваний медицинской науки в деле охраны здоровья, сохранения способности к труду, предупреждения и лечения болезней.

Осуществление диспенсаризации нужно понимать в смысле расширения поля применения этого метода, начиная с мер противотуберкулезной борьбы, мер борьбы с венерическими заболеваниями, мер по охране материнства и детства, и кончая всей областью лечебно-профилактической врачебной помощи.

В настоящем этапе диспенсаризации промышленных предприятий, применение этого метода возможно только в МТС и в некоторых медико-санитарных пунктах промышленных предприятий.

Метод диспенсаризации должен применяться врачем на участке которого находится МТС или же врачем санитарного пункта при предприятии, при содействии специалистов. В этом деле должен иметь важную роль также и врач-гигиенист.

Контингенты лиц подлежащих диспенсаризации составляются как из больных, так и из здоровых лиц, работающих на предприятиях.

Диспенсаризация должна быть процессом наблюдения и изучения больного; этот процесс должен сопровождаться экономическими, просветительными медицинскими и воспитательными мерами по охране здоровья, что должно осуществляться в течение ряда лет и должно быть организовано одним и тем-же врачем.

★

L'ACTUALITÉ DE L'ENREGISTREMENT SANITAIRE (DE LA DISPENSARISATION) DES TRAVAILLEURS DES ENTREPRISES INDUSTRIELLES

L'article pose le problème de l'enregistrement sanitaire (la dispensarisation) des travailleurs des entreprises industrielles et montre les conditions et le mode d'application de cette méthode, dans les institutions médicales dont dépendent les collectifs de travailleurs.

La dispensarisation, c'est-à-dire la mise sous observation sanitaire, est une méthode supérieure d'assistance médicale curativo-prophylactique, active, individualisée et dynamique, issue de l'orientation prophylactique du système socialiste de protection de la santé, qui étudie les conditions du milieu pour pouvoir intervenir activement à son changement et utilise les plus grandes conquêtes de la science médicale, en vue de la protection de la santé, la conservation de la capacité de travail, la prophylaxie et le traitement des malades.

L'application de la dispensarisation doit être comprise comme une extension de son champ d'action dans le domaine de la lutte antituberculeuse et antivénérienne et dans son action de protection de la mère et de l'enfant à l'entière assistance médicale curativo-prophylactique.

Dans l'étape actuelle, cette méthode est possible seulement dans les SMS[1]) et dans quelques „points de santé" médicaux des entreprises industrielles.

La méthode de dispensarisation est appliquée par le médecin de la circonscription de l'atelier du S.M.S. ou par le médecin du „point de santé" aidé par des spécialistes. Un rôle important appartient au médecin hygiéniste.

Les contingents de dispensarisés seront recrutés autant parmi les malades que parmi les personnes bien portantes.

La dispensarisation doit être un processus d'observation et de connaissance de la personne dispensarisée c'est-à-dire mise sous observation sanitaire, accompagné de mesures de protection de la santé, ayan un caractère économique, cultural, médical. éducatif, qui doit être suivi au cours de longues années et organisé par un seul et même médecin

---

[1]) Services medico-sanitaires

CUM SE APLICĂ METODA DISPENSARIZĂRII LA UNELE ÎNTREPRINDERI DIN ORADEA

Dr. PANCHIEVICI F.

Consfătuirea medicală organizată de Societatea Științelor medicale din R.P.R. filiala Regiunea Stalin la 25—27 Septembrie 1953 a scos în evidență superioritatea organizării dispensarizării ca factor important în activitatea institutelor curativo-profilactice.

In urma rapoartelor și discuțiilor au putut fi cunoscute o seamă de vederi atât a organizatorilor sănătății publice cât și a medicilor de întreprinderi.

Cu ocazia acestei consfătuiri au fost arătate succesele obținute cu metoda dispensarizării la mai multe întreprinderi din țară, cât și unele metode folosite în aceste întreprinderi. In urma consfătuirii au apărut în revistele noastre articole, care se ocupă cu problema dispensarizării, fapt care denotă interesul care îl prezintă personalul medical față de această metodă.

Trebue să remarcăm dela început că rapoartele și articolele s'au ocupat în special cu rezultatele obținute în întreprinderi cu servicii Medico-Sanitare, iar prea puțin s'a insistat asupra metodei și posibilităților de lucru a Punctelor de Sănătate cu medic din întreprinderile mai mici. Dat fiind însă faptul că afară de uzinele mari, combinate și șantiere într'un număr foarte mare de întreprinderi asistența medicală este asigurată de un singur medic, vrem să prezentăm pe scurt câteva din aspectele muncii din întreprinderile din Oradea încadrate cu un singur medic.

Dispensarizarea ca metodă de ocrotire a sănătății a fost introdusă cu un an și jumătate în urmă. Prima problemă care ni s'a pus, a fost aceea, cine să fie dispensarizat și ce grupe nosologice să fie luate în evidență. Instrucțiunile Ministerului nu au fost totdeauna uniforme și nu acopereau întotdeauna necesitățile terenului. In prima etapă baza celor cari urmau să fie dispensarizați o constituiau registrele de boli cronice, din care au

fost revizuiți bolnavii și dacă era cazul, ei au fost dispensarizați. In a doua etapă au fost dispensarizați grupe de sănătoși: stahanoviști, gravide și adolescenți.

Deoarece capacitatea noastră de muncă nu ne permite dispensarizarea unui număr prea mare de oameni, s'a pus problema în fața noastră, cum putem asigura dispensarizarea celor mai indicați muncitori. Am introdus o metodă nouă care este în curs de experimentare și care promite să dea rezultate bune.

Din marea masă a muncitorilor a fost foarte greu să se scoată arbitrar anumite grupe de sănătoși sau bolnavi. De aceea am restrâns numărul acelora care trebuiau să fie dispensarizați după următoarele metode:

1) In primul rând am studiat noxele profesionale din fiecare atelier în parte, excluzând dela dispensarizare bolnavi cronici stabilizați, a căror condiții de muncă sunt optime. De exemplu nu s'au dispensarizat cazurile de reumatism cronic din serviciile administrative. In schimb s'a dat o deosebită importanță acestei boli la muncitori, cari lucrează în aer liber și sunt supuși intemperiilor. Deasemenea nu au fost dispensarizate cazurile de ginecopatii din serviciile unde nu am găsit noxe cum sunt trepidațiile, frigul sau altele, în schimb această grupă a fost luată în evidență la taxatoarele dela tramvaie și din alte locuri de muncă nefavorabile acestei boli. In atelierele cari prezintă noxe profesionale deosebite, intemperii, vapori, fum, chimicale, etc., acolo numărul dispensarizaților este mai mare, mai ales din rândul sănătoșilor. Din aceste ateliere am dispensarizat toți adolescenții și toți muncitorii cari sunt în directă legătură cu procesele tehnologice.

2) In al doilea rând a stat la baza lucrărilor noastre de dispensarizare studiul morbidității generale, al morbidității cu incapacitate temporară de muncă și accidentele de muncă pe ateliere și studierea morbidității pe grupe de profesii. Atenția noastră a fost îndreptată în urma acestor studii asupra atelierelor cu un indice mare de incapacitate și asupra anumitor profesii.

3) Cu ocazia angajărilor noi sunt luate în evidență persoanele cari prezintă anumite semne de boală sau la cari noul mediu de muncă ar putea determina anumite tulburări. Prima dată în țară a fost introdusă o fișă medicală de angajare, cu care noul angajat este obligat să parcurgă toate specialitățile pentru descoperirea unor eventuale boli.

Prin aceste metode am ajuns ca numărul dispensarizaților să fie de 15% din totalul muncitorilor.

Tot pe baza acestor studii Sanepidul a început studierea microclimatului la acele locuri de muncă unde indicele de gravitate era mai mare, iar noi am putut da îndrumări bine documentate direcțiunilor întreprinderilor pentru îndreptarea anumitor inconveniente.

Propunem deci ca pe viitor echipele complexe de specialiști care trebue să ducă munca de recrutare a celor ce vor urma să fie dispensarizați, să-și îndrepte atenția în sensul acesta, ca munca lor să fie operativă și să nu se piardă, făcând un număr prea mare de examinări, fapt care ar îngreuna în faza actuală prea mult munca și nu ar da rezultate optime.

Au fost cazuri, unde nu toată echipa de specialiști a examinat muncitorii din anumite ateliere, ci numai anumiți medici au urmărit un singur atelier. De exemplu dermatologul a examinat mai amănunțit un atelier care afară de substanțe cu acțiune iritantă asupra pielei nu prezenta alte noxe.

In legătură cu grupele nosologice care urmează să fie dispensarizate, s'a ajuns în general la o unitate de păreri ; totuși există unele nelămuriri și chiar contradicții mai ales în problema instituției care trebue să facă dispensarizarea. In principiu s'a dovedit că dispensarizarea la locul de muncă dă rezultate superioare, fiind mai ușor de realizat și dând o eficiență mai bună. Totuși indicațiile date de Centrul de Organizare Sanitară și Ocrotirii Sănătății nu sunt clare și nu țin totdeauna seama de posibilitățile rețelelor de specialitate. Un exemplu în acest sens îl constitue tuberculoza, a cărei dispensarizare — după indicațiile centrului amintit — ar trebui să cadă exclusiv în sarcina rețelei antituberculoase. Prin aceasta s'ar ajunge acolo, ca tuberculosul să fie urmărit aproape numai la domiciliu — fapt foarte important din punct de vedere epidemiologic — rămânând însă, ca supravegeherea la locul de muncă să fie slabă și să nu dea rezultatul dorit, fiindcă oricât de bună ar fi eficiența rețelei tbc., totuși cunoașterea condițiilor de muncă a bolnavului fiind asigurată numai de medicul de întreprindere. Suntem deci de părere, ca tuberculosul să fie dispensarizat atât la locul de muncă cât și la locuință, între cele două instituții care fac dispensarizarea trebuind să existe un schimb de informații bine asigurat. Aceeaș problemă se pune și în legătură cu gravidele.

A doua mare problemă care ne-a preocupat și ne preocupă și în momentul de față este aceea a fișei de dispensarizare. La început am lucrat cu registrele de dispensarizare, însă în practică, nu au putut da nici un rezultat, fiind prea greoaie și necorespunzând însăși scopului dispensarizării. Din această cauză am introdus deja din primele săptămâni fișe, care au fost mai bune, totuși prezentau multe inconveniente ; întrebuințându-le însă în legătură cu Fișele Personale de Consultație, am putut obține rezultate bune. Amintim aici că pentru a obține o evidență mai bună a muncitorilor am introdus în unele întreprinderi sistemul fișier, înlocuind registrele de consultații. Propunerea pentru modelul de fișă prezentat în Revista de Ocrotire a Sănătății nr. 4 este bună, are însă câteva lipsuri. In primul rând dimensiunile sunt prea mici, neputându-se scrie în diferite rubrici. In al doilea rând lipsește o rubrică foarte importantă și anume aceea unde se pot trece rezultatele examinărilor echipei de specialiști și rezultatele de laborator.

In principiu suntem de părere că o fișă complectă de dispensarizare trebue să înlocuiască cu timpul fișa personală de consultații, deocamdată eventual numai în întreprinderi.

După experiența noastră credem că este mai bine ca fișele să fie clasate pe secții și în cadrul secțiilor pe grupe nosologice. Aceasta ne ușurează munca, dând în acelaș timp un tablou destul de complex a situației sanitare din atelierul respectiv.

In ceeace privește felul de mobilizare a muncitorilor pentru examinare și urmărirea prezentării am întâmpinat la început cele mai mari greutăți. Noi am folosit un scadențar, sistem care prezintă însă multe inconveniente și greutăți, din care cauză sugestia cu „fișa program" este foatre bine venită. Tot în legătură cu mobilizarea muncitorilor credem că este mai bine dacă în aceeas zi sunt chemați la control muncitori dintr'o singură secție sau echipă, putându-se asigura în acest fel o mai bună eficacitate în munca de mobilizare. Deasemenea este bine, ca acolo unde este un singur medic, programarea să se facă în așa fel, ca chemările să fie programate nu pe o zi fixă, ci de exemplu pe intervalul unei săptămâni, știind că de multe ori intervin sarcini urgente care trebue rezolvate tocmai în ziua în care am programat examinarea dispensarizaților.

Lucrând în acest fel, am reușit ca dintre toți dispensarizații aproape 75% să se prezinte la data indicată de noi, 15% abia la a doua chemare, 5% neregulat, iar restul de cinci la sută nu s'a prezentat de loc.

Ca încheere trebue să spunem, că o dispensarizare bine alcătuită și care din punct de vedere tehnic este ușor de mânuit, ne dă rezultatele cele mai bune. Inainte însă de a se trece la stabilirea — uneori dogmatică — a felului cum se va lucra pe viitor, trebue studiate în primul rând experiențele muncitorilor sanitari din U.R.S.S. iar apoi trebue studiate experiențele și posibilitățile existente pe teren în întreprinderile noastre, ținându-se cont de realizările nu numai a acelor întreprinderi care au Servicii Medico-Sanitare sau sunt situate în centre universitare (București, Cluj și Iași) unde primesc un ajutor prețios din partea Institutelor Medico-Farmaceutice, ci și a acelor întreprinderi, unde lucrează un singur medic, care trebue să rezolve toate acele sarcini, care în alte locuri sunt rezolvate de echipe complexe de muncitori sanitari. Urmărind munca acestor medici, se pot trage concluziile care pot sta la baza unei uniformizări pe toată țara a muncii de dispensarizare. Deasemenea ar fi bine, dacă medicii dela punctele sanitare din întreprinderi să fie convocați la o consfătuire pe țară sau interregională, cu care ocazie s'ar cunoaște mai bine munca și părerile acestora.

Concluziuni: 1) Autorul prezintă realizări în domeniul dispensarizării la unele întreprinderi cu punct sanitar.

2) La baza dispensarizării a stat studiul amănunțit a noxelor profesionale, a incapacității temporare de muncă pe ateliere și profesii.

3) Bolnavii să fie urmăriți la locul de muncă și atuncea când sunt în evidența unei rețele de specialitate.

4) Fișa de dispensarizare să fie în așa fel alcătuită, ca să poată înlocui cu timpul fișa personală de consultații.

5) Pentru programare și urmărire să se folosească „Fișa Program".

6) Inainte de a lua hotărâri definitive se recomandă ca să fie consultați și medicii dela Punctele Sanitare de Intreprinderi și nu numai cei dela Serviciile Medico-Sanitare.

(Lucrare executată în cadrul Spitalului Unificat de Adulți nr. 1 Oradea).

★

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ДИСПЕНСАРИЗАЦИИ В НЕКОТОРЫХ ПРЕДПРИЯТИЯХ ГОРОДА ОРАДИЯ

В статье излагаются формы медицинской работы на тех предприятиях города Орадия, которые обслуживаются одним врачем. Принимая во внимание то обстоятельство, что диспенсаризацией нельзя было охватить большое количество людей, так как предприятие обслуживается только одним врачем, — был применен новый метод, результаты которого изучаются в настоящее время. Были подвергнуты изучению вредные профессиональные факторы в каждом цехе и на основании этого были сделаны выводы о том, кто подлежит диспенсаризации. В цехах, где при работах происходит выделение паров, дыма, где применяются химические вещества, на диспансерный учёт взяты подростки и рабочие, которые находятся в непосредственном контакте с технологическими процессами. Вслед за этим внимание было обращено на цехи, где существовали повышенные показатели временной неспособности к труду, а также и на определенные профессии рабочих. При приеме на работу берутся на диспансерный учёт лица с определенными признаками заболевания, а также и лица у которых новые для них условия работы могут вызвать известные расстройства. В таких условиях была впервые создана медицинская карта по приему на работу. На основании данных в связи с вышеизложенной постановкой дела, Санэпид предпринял изучение микроклимата в соответствующих предприятиях и, таким образом, руководство предприятий получило поддержку в деле устранения некоторых недостатков. Автор предлагает учреждение комплексных бригад специалистов, которые в целях оперативности своей работы, следовали бы вышеуказанным принципам. Автор подвергает обсуждению вопрос, кто ведает диспенсаризацией — соответствующая сеть по специальности или же предприятие где работает соответствующий больной. Другой задачей является улучшение индивидуальной карты для лиц взятых на диспансерный учёт. Периодические медицинские исследования рабочих, а также контрольные освидетельствования в связи с наблюдением за динамикой отмеченных болезненных состояний, должны производиться в течение всей недели.

★

MODE D'APPLICATION DE L'ENREGISTREMENT SANITAIRE (LA MÉTHODE DE DISPENSARISATION) DANS QUELQUES ENTREPRISES D'ORADEA

L'auteur se propose à nous montrer quelques aspect de l'activité médicale dans les entreprises d'Oradea, entreprises ayant un seul médecin. La dispensarisation d'un trop grand nombre de personnes n'étant pas possible par un seul médecin, on a introduit une nouvelle méthode, en cours d'expérimentation. On a étudié les noxes professionnelles de chaque atelier séparément et, en se basant sur les études faites, on a etabli quelle personne doit être dispensarisée.

Dans les locaux où l'on travaille dans la vapeur, la fumée, avec des substances chimiques, ont été dispensarisés tous les adolescents et tous les travailleurs étant en contact direct avec les processus technologiques. L'attention du médecin a été dirigée vers les ateliers ayant un grand indice d'incapacité et vers certaines professions. A l'engagement sont tenues en évidence les personnes présentant certains symptôme de maladie ou chez lesquelles le nouveau milieu de travail pourrait déterminer certains troubles. On a introduit ainsi, pour la première fois, une fiche médicale d'engagement. En se basant sur les données mentionnées, le sanépid a été aidé de cette manière, pour corriger certains inconvénients. L'auteur émet la proposition que des équipes complexes de spécialistes doivent étudier tous les faits exposés dans l'article pour être efficientes. On discute à qui incombe la charge de l'observation sanitaire, c'est-à-dire la dispensarisation : au réseau de spécialité ou à l'entreprise respective à qui appartient le malade. Un autre problème serait la fiche de dispensarisation qui devrait être améliorée. La mobilisation des travailleurs pour les examens et les observtions doit être fixée hebdomadairement.

INDICAŢIUNI PRACTICE ASUPRA SOLUŢIONĂRII UNOR PROBLEME ORGANIZATORICE ALE SPITALELOR UNIFICATE DE COPII

Dr. COROI V.
Institutul de ocrotire a mamei şi copilului

Dela aplicarea reformei unificării în organizarea ocrotirii sănătăţii din ţara noastră au trecut mai bine de doi ani. In această perioadă, multe din problemele pe care le ridica desfăşurarea practică a muncii duse în sistem unificat ne-au devenit mai clare, permiţându-ne să le soluţionăm din ce în ce mai bine.

Organizarea corectă a funcţionalităţii policlinicii spitalului unficat de copii şi justa organizare a acordării asistenţei curativo-profilactice la domiciliul copiilor, păreau problemele cele mai dificile ale perioadei imediat următoare aplicării unificării. Profilul activităţii desfăşurate în policlinică nu era destul de precis conturat ; concepţia asupra celei mai juste formule de plasare în spaţiu a diferitelor servicii şi cabinete ale policlinicii era neclară ; metodele de muncă specifice unificării, legăturile interioare şi exterioare, graficul de muncă al medicilor şi altele, nu erau suficient de bine cunoscute.

Literatura sovietică de specialitate dădea numeroase îndrumări asupra soluţionării multora dintre problemele ridicate de unificare; unele dintre articolele publicate depăşeau însă nivelul nostru de înţelegere corespunzător începuturilor unificării, iar altele se refereau la un specific diferit de specificul nostru. Incontestabil că experienţa sovietică în domeniul unificării, care ne-a fost transmisă sub diferite forme, a constituit pentru noi un ajutor de nepreţuit; acest ajutor însă noi l-am putut valorifica pe de-a'ntregul abia după ce am văzut funcţionând practic unităţile noastre unificate, după ce unificarea a încetat să mai constitue pentru noi doar o noţiune abstractă.

Apreciind retrospectiv paşii pe care i-am făcut dela aplicarea unificării până în prezent, se poate spune că prima etapă parcursă a fost cea de iniţiere în conţinutul şi în formele de muncă specifice unificării, iar etapa în care ne găsim în prezent este aceea de continuă perfecţionare a muncii dusă în acord cu principiile de bază ale unificării.

Constatăm că astăzi, pe baza experienței proprii dobândite în materie de unificare, ca și pe baza înțelegerii mai bune a materialului documentar sovietic, multe din nedumeririle noastre privind unificarea, au fost lămurite și credem că este util să prezentăm modul în care vedem soluționate în etapa actuală, unele dintre problemele a căror rezolvare justă noi nu am văzut-o în trecut.

Dacă în mare se cunoșteau principiile de bază ale organizării unei policlinici perfecte nu se știau condițiile minimale pe cari trebue să le îndeplinească oricare din aceste unități pentru a nu se transforma dintr-o unitate de asistență curativo-profilactică ambulatorie, într'un loc primejdios pentru copii. Ceeace astăzi apare clar că trebuește realizat cu orice preț, în oricare policlinică de copii, sunt măsurile care privesc prevenirea pătrunderii în policlinică a bolilor transmisibile și prevenirea transmiterii acestor boli. Omisiunile privitoare la crearea în policlinică a unui cadru corespunzător acțiunii eficiente de prevenire și combatere a bolilor transmisibile pun în discuție însuși dreptul la existență a respectivei unități.

1. *Serviciul de triaj.*

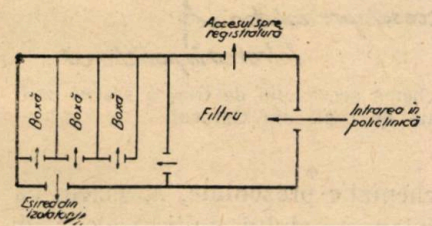
Sub aspectul necesităților de ordin sanitaro-antiepidemic, partea principală din angrenajul structural al policlinicii spitalului unificat de copii, este serviciul de triaj. Buna funcționare a acestui serviciu este de o importanță covârșitoare pentru întreaga funcționalitate a policlinicii, în consecință trebuește acordată toată atenția atât structurii cât și deservirii sale.

a) Structura serviciului de triaj.

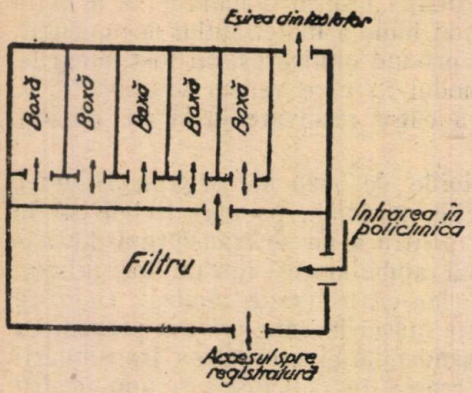
Fie că este vorba de o construcție nouă, special destinată funcției de policlinică de copii, fie că este vorba de o clădire mai veche, adaptată acestei funcții, serviciul de triaj, reclamă amenajări speciale.

Dintre cele două părți componente ale serviciului de triaj, filtrul și izolatorul, filtrul este acela care trebue instalat chiar la intrarea în policlinică, în așa fel încât să nu existe pentru copii o altă posibilitate de pătrundere în policlinică, decât numai prin el. Izolatorul trebue instalat într'o cameră alăturată încăperii destinată filtrului și trebue să comunice direct cu acesta. El poate fi instalat însă atunci când condițiunile de local sunt *deosebit de nefavorabile și la distanță de filtru, nefiind în legătură directă cu acesta.*

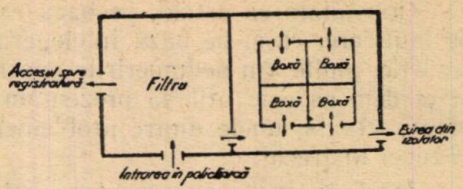
Atunci când pentru instalarea serviciului de triaj sunt disponibile două camere alăturate sau o cameră mare, care poate fi împărțită în două printr'un perete de lemn și sticlă, schema serviciului de triaj poate fi următoarea: (Săgețile indică circuitul copiilor).



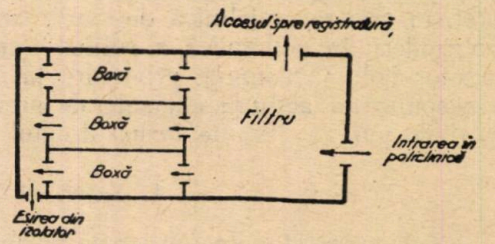
Serviciul de triaj conform cu această schemă, instalat în două camere alăturate cu comunicare directă între ele, este utilizat la policlinica spitalului unificat de copii din raionul 23 August din Capitală.



Serviciul de triaj conform cu această schemă, instalat într'o singură cameră despărţit în două părţi printr'un perete de lemn şi sticlă, este utilizat la policlinica spitalului de copii din Oradea...

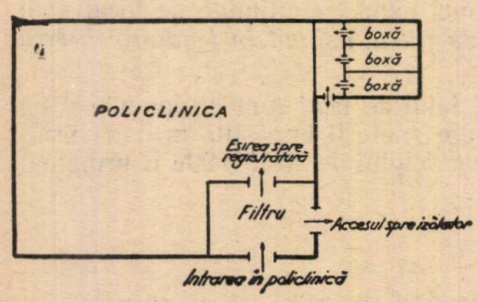


Serviciul de triaj conform cu această schemă instalat în două camere alăturate cu comunicare directă între ele este utilizat la policlinica spitalului unificat de copii din Iaşi.

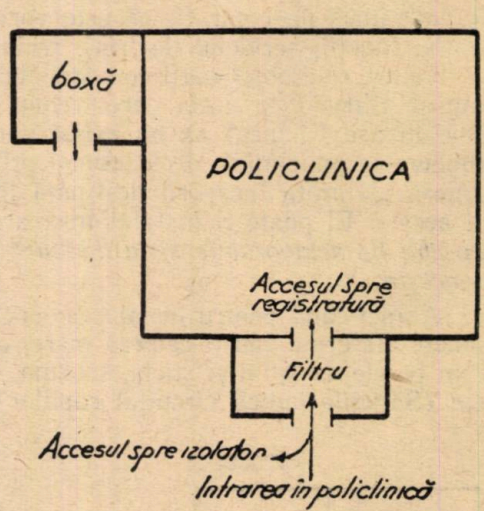


Schemă a unui serviciu de triaj funcţionând într'o singură cameră.

Atunci când părţile componente ale serviciului de triaj (filtrul şi izolatorul) trebuesc instalate în două camere depărtate una de alta, schema serviciului de triaj poate fi următoarea:



Schema serviciului de triaj a policlinicei spitalului unificat de copii din Petroşani.



Schema serviciului de triaj a secţiei unificate de copii din Caracal.

Dintre tipurile de servicii de triaj, schematic prezentate, apreciem că cel mai corespunzător este cel al policlinicii spitalului unificat de copii

din raionul 23 August din Capitală. Avantajele acestui tip față de celelalte constau din :

— distanța apreciabilă dintre circuitul de intrare al copiilor în filtru și cel de ieșire al copiilor din izolator (fapt care nu se remarcă la schema ce reprezintă policlinica spitalului unificat de copii din Oradea) ;

— construcția corespunzătoare alungită a boxelor (fapt care nu se remarcă la schema policlinicii spitalului unificat de copii din Iași);

— separația hermetică a filtrului de izolator (fapt care nu este obținut în cazul schemei notate cu %).

Serviciul de triaj, conform cu ultima schemă (+) deși poate asigura împiedicarea pătrunderii în policlinică a diferitelor boli transmisibile, nu oferă suficiente garanții de împiedecare a transmiterii boalei, pe parcursul dela filtru la izolator. Se poate admite existența unui serviciu de triaj de acest tip, numai în cazul în care construcția localului destinat funcției de policlinică de copii nu permite o altă soluționare a problemei. La acest tip de serviciu de triaj se poate recurge deci numai în mod excepțional și numai temporar, până la crearea condițiilor necesare organizării unui serviciu de triaj de tipul celor înfățișate în celelalte scheme. Acest tip de triaj reclamă de altfel măsuri suplimentare de împiedicare a contactului dintre copilul respins de filtru care se îndreaptă spre izolator și alți copii care vin la policlinică.

Incăperea destinată funcției de filtru trebue să fie bine luminată prin lumină naturală, altfel nefiind posibilă observarea elementelor eruptive discrete sau a exantemelor, și trebue să conțină:

— O măsuță pe care sunt așezate, un borcan cu soluție desinfectantă, în care se păstrează un număr cât mai mare de apăsătoare de limbă, un recipient pentru apăsătoarele de limbă utilizate ce urmează a fi sterilizate prin fierbere, termometre, vaselină și vată.

— O măsuță de înfășare pe care se desfașă sugarii pentru a li se controla tegumentele.

— Chiuvetă sau un lavabou și în lipsă un lighean și o cană cu apă, prosoape și săpun.

— Un vas cu soluție desinfectantă pentru clătitul mâinilor.

— Armament antiepidemic (pulverizator, soluție desinfectantă, praf insecticid) pentru desinfecția filtrului și a boxelor.

Izolatorul se compune din mai multe boxe complecte. Pereții laterali ale acestora trebue construiți în jumătatea lor superioară, din sticlă, pentru a se asigura o cât mai bună vizibilitate în interiorul boxei. Experiența arată că cele mai practice boxe sunt acelea de formă alungită, cu dimensiuni de aproximativ 1,50 m. lungime și 0,80 m. lățime. Fiecare boxă trebue să conțină :

— Un pat de examinare pentru copil.

— Un scaun pentru mamă.

— Un halat pentru medic.

Izolatorul trebue să aibă așa cum este indicat și în schemele de mai sus o ieșire proprie spre exterior (stradă), care să permită ieșirea copiilor fără a trece prin filtru sau printr'un alt sector al policlinicei, unde ar putea veni în contact cu alți copii.

In izolator trebue să se găsească o chiuvetă, un lavabou sau un lighean și o cană cu apă, săpun și prosop și un vas su soluție desinfectantă,

pentru ca desinfecția medicului și a sorei care au venit în contact cu un copil cu o boală transmisibilă, să se poată efectua imediat și pe loc.

b) Deservirea serviciului de triaj trebue asigurată printr'o soră cu o foarte bună calificare în boli transmisibile. O astfel de soră poate fi formată, detașându-se una din surorile de policlinică cu cele mai mari posibilități de creștere profesională pentru 2—3 luni, la spitalul sau secția de boli contagioase din localitate. Este însă neapărat necesar ca și după terminarea acestui stagiu în secția de specialitate, sora dela serviciul de triaj să fie încadrată în procesul general de perfecționare profesională ce se desfășoară la nivelul spitalului unificat de copii, asigurându-i-se prin cursuri, seminarii, demonstrații practice și prezentări de cazuri, centrate pe problema bolilor transmisibile, un nivel tehnic cât mai ridicat. Tot așa este necesar ca paralel cu instructarea titularei serviciului de triaj, conducerea spitalului unificat de copii să se preocupe de instruirea în problemă a încă 1—2 surori de policlinică, pentru a se putea face față în bune condițiuni, oricăror situații.

Sora care deservește serviciul de triaj stă în spațiul destinat filtrului. Ea triază pe fiecare copil în parte, indiferent de vârstă. Acest triaj trebue efectuat atent, dar rapid, întrucât în interiorul filtrului nu este permis să intre decât câte un singur copil, iar menținerea lui timp mai îndelungat în filtru, determină producerea de aglomerații în fața filtrului și implicit creează pericolul unor posibilități de contaminare. In consecință, socotim că nu este indicat să se facă în filtru termometria copiilor, ci în cazurile în care acest lucru este socotit necesar copilul trebue introdus într'una din boxele izolatorului și termometrizat acolo, pentru a degaja cât mai repede filtrul. Din același considerent, copiii proveniți din colectivități organizate de copii (cămine, grădinițe, școli) cari se prezintă la policlinică în grup, însoțiți de personalul medico-sanitar al colectivității, nu trebue triați la nivelul filtrului ci, triajul lor epidemiologic trebue efectuat la nivelul colectivității, de personalul medico-sanitar al colectivității, înainte de a pleca spre policlinică. Este desigur necesar ca personalul medico-sanitar al colectivităților să fie instructat în acest sens și tot așa, este necesar ca sora dela serviciul de triaj să se informeze dacă triajul copiilor a fost efectuat și să atragă atenția sorei însoțitoare, asupra responsabilității pe care și-o asumă, declarând că respectivii copii nu prezintă indicii de boală transmisibilă.

Toți copiii care au trecut prin filtru (acei copii la care sora nu a descoperit semne suspecte sau evidente de boală transmisibilă) primesc dela serviciului de triaj un talon pe care este scris „filtru" și care dă dreptul copilului să pătrundă în interiorul policlinicei.

Copiii cu cele mai mici semne de suspiciune a unei boli transmisibile se izolează în boxele izolatorului. Medicul trebue să acorde prioritate de examinare copiilor din boxă, pentru a se reduce la minimum posibil timpul de ședere în boxă a copilului. Dacă boala transmisibilă a fost confirmată de medic după plecarea copilului, trebue făcută desinfectarea izolatorului; tot așa personalul medico-sanitar, care a venit în contact cu copilul trebue să-și schimbe echipamentul sanitar de protecție și să se spele pe mâini. Sora dela filtru nu trebue să-și părăsească deloc locul ei, dela intrarea în policlinică, pentruca nici un copil să nu pătrundă în incinta policlinicii, fără a fi fost văzut de dânsa. Pentru conducerea copilului în boxă, chemarea me-

dicului, aducerea fișei, eventuala desinfectare a boxei, etc. trebue să fie folosit un alt personal, instruit în acest sens (îngrijitoarea de local).

Medicul care a depistat în boxă un caz de boală transmisibilă, trebue să anunțe cazul, direct sau prin intermediul epidemiologului spitalului, Sanepidului, care are sarcina de a asigura transportarea bolnavului la secția de contagioși sau la domiciliu, după caz, precum și desinfecția serviciului de triaj. Dacă nu există un vehicul special pentru transportarea bolnavilor contagioși, se folosește un alt mijloc de transport individual, care trebue să fie desinfectat. Dacă echipa de desinfecție a Sanepidului nu se poate deplasa imediat pentru a efectua desinfecția serviciului de triaj, această desinfecție trebue făcută cu ajutorul armamentului antiepidemic propriu al policlinicei, sub supravegherea sorei șefe a policlinicii.

La serviciul de triaj este necesar să se introducă un caet special în care, sora dela filtru să înscrie toate cazurile reținute de dânsa în izolator. In acest caet urmează ca ea să treacă datele de identitate și adresa copilului, precum și diagnosticul prezumtiv al sorei. Medicul, după ce examinează copilul în boxă, înscrie în acest caet diagnosticul pe care-l pune el, confirmând sau infirmând astfel diagnosticul sorei și notează totodată măsurile sanitaro-antiepidemice luate, în jurul cazurilor confirmate. In acest caet se notează de către medici și cazurile de boli transmisibile depistate de ei în cabinete, deci acele cazuri care au trecut prin filtru, fără să fi fost reținute de sora serviciului de triaj, specificându-se această deficiență.

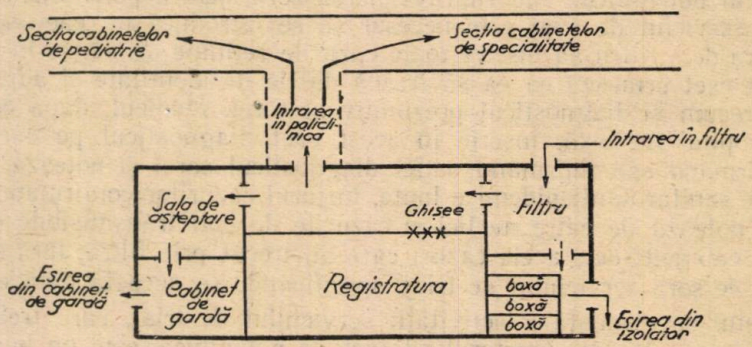
Caetul de evidență a activității serviciului de triaj, care trebue controlat cât mai des de directorul adjunct de policlinică, este un bun mijloc de verificare a eficienței filtrului, a calificării sorei și a conștiinciozității cu care acest cadru își duce munca.

Sora serviciului de triaj are un rol deosebit de important nu numai în efectuarea triajului epidemiologic a copiilor cari vin în policlinică ci, și în reglementarea accesului la cabinetele de pediatrie a copiilor, cari pe baza triajului epidemiologic au dreptul să pătrundă în policlinică. Dat fiind faptul că în etapa actuală sunt organizate zile și ore fixe când cabinetele de pediatrie efectuează numai consultații profilactice, sora serviciului de triaj are sarcina de a dirija spre camera de gardă copiii bolnavi cari se prezintă la policlinică, în timpul când în cabinetele de pediatrie se efectuează numai consultații profilactice; totodată ea are sarcina de a opri accesul în policlinică al copiilor aduși pentru control profilactic, în zilele și orele când în cabinetele de pediatrie nu se depune o activitate de control profilactic, ci se efectuează consultații de copii bolnavi.

Succesul privitor la funcționalitatea corectă a policlinicii, sub aspect sanitaro-antiepidemic este deci în mare parte condiționat de modul în care se achită de sarcinile sale sora dela serviciul de triaj. Cunoscând poziția importantă pe care o ocupă acest cadru în dispozitivul menit să asigure policlinicii o funcționalitate corectă, este ușor de înțeles necesitatea ca funcția de soră a serviciului de triaj să fie încredințată uneia dintre cele mai bine calificate și cele mai conștiincioase surori din policlinică.

2. Registratura policlinicii de copii trebue amplasată imediat după filtru. In cele mai multe cazuri nu este posibil să se atribue registraturei decât o singură cameră. Implicit sarcinile de informare a mamelor asupra orariului consultațiilor, etc., de distribuire și reprimire a fișelor, de despuere și clasare a lor, de reținere de ore fixe pentru consultații și de înregistrare

a chemărilor adresate medicului pentru vizitarea copiilor bolnavi la domiciliul lor, trebuesc îndeplinite în acea cameră. Sunt rare policlinicile cari pot destina, așa cum este corect, o cameră specială, situată în afara corpului principal al policlinicei, funcției de înregistrare a chemărilor la domiciliul copiilor bolnavi, evitându-se astfel pătrunderea în policlinică a celor veniți să cheme medicul la domiciliul copiilor bolnavi (Oradea, Iași). Este bine ca registratura să fie instalată într'o cameră mare pentru ca într'o parte a ei să funcționeze biroul surorilor de ocrotire care oricum, trebue amplasat în imediata vecinătate a registraturei. Dăm mai jos schema amplasării registraturei la policlinica spitalului unificat de copii din raionul 23 August din Capitală.



Registratura trebue prevăzută cu unul sau mai multe ghișee, în funcție de numărul circumscripțiilor deservite, calculându-se un ghișeu pentru maximum 4 circumscripții. In camerele în cari nu este posibilă adaptarea de ghișee, un pupitru așezat de-a latul camerei poate suplini lipsa ghișeelor.

Fișierul trebue așezat în imediata apropiere a ghișeului sau a pupitrului, pentru a reduce la minimum mișcările necesare scoaterii și clasării fișelor.

Fișele copiilor aflați în evidența activă trebue așezate în sertarele fișierului cari sunt cele mai ușor accesibile.

Registratura este deservită de registratoare medicale. Acestea au sarcini multiple și necesită pe lângă cunoștințe medii de medicină, cunoașterea întregului proces de muncă în sistem unificat, cunoașterea detaiată a desfășurării concrete a muncii în policlinică, cunoașterea elementelor de tehnică a mânuirii fișierului și a înregistrărilor statistice și cunoașterea terenului deservit de policlinică.

Registratoarele medicale care s'au dovedit până în prezent a fi cele mai corespunzătoare sarcinilor lor, au fost surori la ocrotire, cari, din considerente medicale nu au putut fi utilizate de munca de teren. Oricum, registratoarele medicale trebuesc alese din rândul unor tovarășe cu învățământul mediu terminat, calme, metodice, active și cu putere de asimilare. Ele trebuesc în mod sistematic îndrumate asupra problemelor lor de muncă, de sora șefă de policlinică, de statisticiană și de directorul adjunct pentru policlinică.

Registratoarea medicală este un factor important în buna desfășurare a muncii în policlinică, în evitarea aglomerației în fața registraturii și în

sălile de așteptare, în evitarea supraîncărcării cabinetelor și în evitarea așteptărilor îndelungate a mamelor cu copii în policlinică.

Copiii trecuți prin filtru se prezintă cu talonul dela filtru la registratură. Aici, fie că este vorba de copii din circumscripțiile deservite de policlinică, fie că este vorba de copii din afara acestor circumscripții, registratoarea medicală în schimbul talonului dela filtru, eliberează taloane pe cari este trecut cabinetul la care se va îndrepta copilul și un număr de ordine. Totodată registratoarea însemnează pe foaia de repartizare a consultațiilor și tratamentelor taloanele eliberate pentru fiecare cabinet în parte, putând preciza în felul acesta, pe baza unui calcul al timpului aproximativ necesitat pentru o consultație (cca. 10 minute), ora la care va fi consultat copilul. Consultațiile cu ora reținută le notează din timp registratoarea pe foaia de repartizare a consultațiilor și pune de o parte talonul cu numărul de ordine corespunzător orei reținute, predându-l mamei, atunci când se prezintă ea. Mergând pe linia popularizării sistemului orelor reținute și aplicând corect acest sistem, registratoarea medicală aduce un sprijin efectiv în evitarea aglomerației în policlinică.

Aglomerația trebue evitată însă nu numai în fața cabinetelor, ci și înaintea registraturii. Este deci important ca registratoarea medicală să posede cât mai bine tehnica mânuirii fișierului, scurtând cât mai mult timpul de scoatere a fișelor.

Modul de clasare a fișelor în fișier, trebue să realizeze două obiective: primul, acel de facilitare maximă a găsirii fișei de către registratoare, al doilea, acel de facilitare a concentrării atenției personalului medico-sanitar asupra unor grupe de copii, selecționate pe considerente medicale.

In vederea îndeplinirii acestor două obiective, fișierul trebue să conțină un număr variabil de sertare în raport cu numărul circumscripțiilor deservite de policlinică. Pentru fiecare circumscripție trebue rezervate 5—6 sertare, 2—3 pentru copiii 1—14 ani aflați în evidență, 1 pentru copiii încadrați în evidența specială, 1 pentru copiii 1—12 luni și unul pentru fișele copiilor scoși din evidență.

In toate sertarele, fișele trebuesc clasate individual, adică, atunci când este vorba de o familie cu mai mulți copii, fișa fiecărui copil trebue clasată pe baza vârstei sau a problemei pe care o ridică copilul, aceste două criterii fiind elementele principale după care se determină intensitatea supravegherii active a copilului.

In sertarele rezervate fișelor copiilor 1—14 ani, fișele se clasează după criteriul teritorial adică, pe străzi înșirate în ordine alfabetică, iar în cadrul străzii după numărul casei, mergându-se în ordinea crescândă a numerelor. Acest mod de clasare a fișelor creează cele mai bune posibilități de găsire rapidă a fișei căutate.

In sertarul rezervat fișelor copiilor încadrați în evidența specială, fișele se clasează pe probleme, adică: fișele copiilor distrofici separat, ale copiilor rahitici separat, etc., delimitându-se fiecare grup de fișe printr'un carton despărțitor. In cadrul grupei fișelor copiilor distrofici, sau a copiilor rahitici, etc., fișele se așează pe străzi și număr de casă. Fișele copiilor cari în acelaș timp se încadrează în două sau mai multe probleme ale evidenței speciale (de exemplu distrofie, rahitism, alimentat artificial sub 6 luni) se clasează la problema apreciată ca fiind în cazul respectiv cea mai importantă. (In exemplul de mai sus, alimentația artificială). Intrucât po-

sibilitatea de apreciere a importanței predominente a uneia sau a alteia dintre probleme, depășește competența registratoarei medicale, medicul este acela care stabilește acest lucru, subliniind din totalul problemelor în care se încadrează copilul problema care după părerea sa este cea mai importantă. La această problemă subliniată de el clasează registratoarea medicală fișa în fișier, aceasta fiind și problema la care sora de ocrotire înscrie respectivul copil în registrul de evidență specială. Intrucât clasarea separată a fișelor copiilor încadrați în evidența specială, motivată de necesitatea manipulării lor frecvente, în scopul verificării continue a intensității cu care sunt supravegheați activ acești copii, poate crea dificultăți registratoarei medicale privitor la găsirea cât mai rapidă a fișei; ea își ușurează munca, punând la locul fiecărei fișe trecute din fișierul comun în sertarul evidenței speciale, un cartonaș cu numele copilului și cu indicația problemei la care este clasată fișa. In felul acesta, registratoarea medicală nu-și pierde în mod inutil timpul căutând fișa în fișierul comun și apoi la toate problemele evidenței speciale ci, găsind în fișierul comun în locul fișei, cartonașul indicator, ea se îndreaptă de îndată la problema respectivă, scoțând cu ușurință fișa.

In sertarul rezervat fișelor copiilor 1—12 luni, e bine ca fișele să se claseze după vârsta copilului, adică după luna nașterii. Fișele copiilor născuți în cursul unei luni se grupează și se separă de acelea ale copiilor născuți în luna imediat următoare, printr'un carton. Aranjarea în sertar a grupelor de fișe se face dela vârsta cea mai mică în spre vârsta cea mai mare. Fișele copiilor 1—12 luni cari se încadrează într'una din problemele evidenței speciale, nu trebuesc trecute în sertarul evidenței speciale, în cadrul căreia există riscul să li se acorde eventual mai puțină importanță decât este necesar, ci rămân clasate la grupa respectivei luni de naștere, primind un călăreț indicator pe care e notată problema din evidența specială în care se încadrează copilul.

Atenția specială acordată copiilor sub 1 an și mai ales celor din primele luni de viață, este în felul acesta și mai mult fixată asupra copiilor cari prin starea sănătății lor sau prin condițiile de mediu în care se desvoltă reclamă cea mai intensă preocupare a colectivului teritorial.

Pentru a scoate din fișier fișa unui copil mic, registratoarea medicală trebue deci să se informeze la mamă asupra numelui copilului și asupra vârstei sale, în timp ce pentru scoaterea fișei unui copil mai mare de 1 an, ea se informează asupra numelui copilului și a adresei sale.

In sertarul rezervat fișelor copiilor scoși din evidența rețelei, fișele trebuesc clasate după criteriul teritorial (stradă, număr) pentru copii cari au depășit vârsta de 14 ani sau cari s'au mutat din oraș. Fișele copiilor decedați trebuesc clasate în acest sertar separat, după criteriul vârstă.

Toate sertarele fișierului trebuesc prevăzute cu o tăbliță pe care se specifică Nr. circumscripției, precum și străzile în care locuesc copiii ai căror fișe sunt conținute în sertar. La sertarul evidenței speciale, al copiilor 1—12 luni și al evidenței pasive, tăbliță va indica pe lângă Nr. circumscripției, conținutul respectiv.

Registratoarea medicală organizându-și fișierul după indicațiile de mai sus, reușește să scoată cu ușurință fișele pe cari le caută și reușește în acelaș timp să fie de un real folos medicului și sorei de ocrotire, interesați

în manipularea cât mai frecventă a fişelor acelor copii cari din partea lor reclamă o atenţie specială, în vederea justei programări a vizitelor şi a controalelor profilactice, ca şi în vederea urmăririi continue a respectării ritmului de vizite şi controale, fixat pe bază de plan.

Rolul registratoarei medicale nu se mărgineşte însă numai la scoaterea şi punerea fişelor în fişier, la despuierea fişelor în vederea înregistrării datelor extrase în „Activitatea zilnică a ambulatoriului de copii" şi la repartizarea consultaţiilor pe cabinete. Registratoarea medicală trebue să devină în cadrul sistemului unificat care reclamă o permanentă legătură între toate cadrele care deservesc un teritoriu comun, o verigă importantă de stabilire a acestei legături. Fişele readuse din cabinete sunt despuiate de registratoarea medicală. Cu această ocazie ea pune la o parte fişele copiilor cari au fost încadraţi într'una din problemele evidenţei speciale şi le predă sorei de ocrotire a circumscripţiei respective, care îşi trece aceşti copii în registrul de evidenţă specială. Sora de ocrotire întoarce apoi fişele registratoarei care le clasează în fişier. La fel se procedează cu fişele copiilor neluaţi în evidenţă care s'au prezentat pentru prima oară la policlinică şi au fost examinaţi de medic. Pe aceşti copii sora de ocrotire şi-i notează pentru a se deplasa la domiciliul copilului în vederea culegerii datelor de a căror completare pe fişe răspunde ea. Fişele acestor copii nu se clasează în fişier atâta timp cât sora nu a înscris în ele datele de mediu, copilul neputând fi socotit ca luat în evidenţa reţelei, fără a fi beneficiat, pe lângă examenul medical de cel puţin o vizită a sorei. Abia după completarea acestor date, registratoarea medicală înscrie fişa în registrul de înregistrare a fişelor, îi dă numărul care e la rând în acel registru şi o aşează în fişier. Registratoarea medicală este obligată pe de altă parte să controleze dacă pe fişa copilului examinat de medic în policlinică nu este trecută indicaţia de a fi vizitat de medicul de teren la domiciliu. In cazul că pe fişe se găseşte o astfel de indicaţie, ea notează în registrul de chemări la domiciliu, ca chemare, vizita indicată de medicul consultant de policlinică. Dacă în fişa copilului vizitat de medic la domiciliu, registratoarea găseşte trecută indicaţia că acel copil să fie controlat în zilele următoare de sora de ocrotire, ea transmite acest lucru sorei de ocrotire, arătându-i fişa. Tot aşa ea dă sorei de ocrotire fişele copiilor cari au fost găsiţi febrili în policlinică, ale copiilor cu afecţiuni acute ale aparatului respirator, sau cu turburări acute de nutriţie, pentru ca sora, după caz, să-şi planifice în zilele următoare vizitarea de control a acestor copii. Deasemenea, registratoarea trebue să arate sorei de ocrotire fişele copiilor cari s'au prezentat la controlul periodic, pentru ca sora să nu mai mobilizeze pentru control, timp de o lună, două sau trei, în funcţie de vârstă şi de problema pe care o ridică copilul, pe aceşti copii la control. Ducându-şi în felul acesta activitatea, registratoarea medicală apare ca o verigă importantă în sistemul existent de legături, menită să preîntâmpine orice defecţiune posibilă a transmiterii comunicărilor dintre membrii colectivului care apără sănătatea copiilor dintr'un teritoriu anumit.

3. In interiorul policlinicii este important să se realizeze următoarele:

1) Cabinetele de pediatrie să fie grupate într'o aripă, având şi săli proprii de aşteptare, cabinetele de specialitate să fie grupate în altă aripă cu alte săli de aşteptare.

2) Cabinetul de gardă să fie amplasat cât mai aproape de serviciul de triaj și cât mai departe de cabinetele de pediatrie.

3) Fiecare cabinet de pediatrie să cuprindă, în sistem bifazic, 4 circumscripții și să fie precedat de o cameră pentru desbrăcare, cântărire și termometrizare.

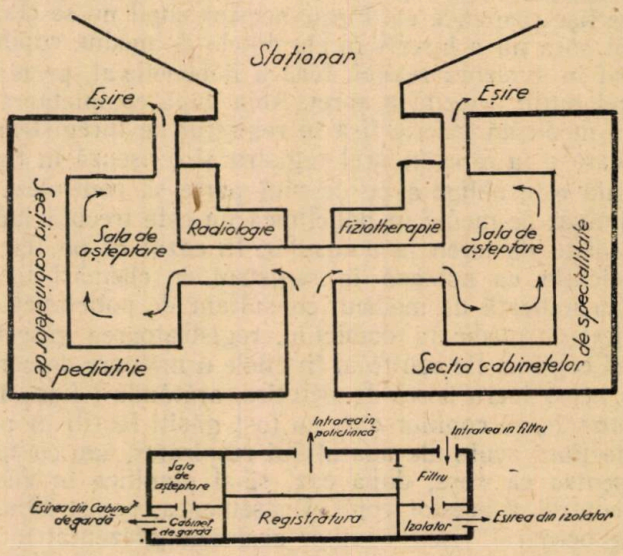
4) Dacă în cadrul unui cabinet de specialitate trebuesc cuprinse mai multe specialități, orariul de muncă al diferiților specialiști să nu se suprapună în sensul că doi medici de specialități diferite să consulte simultan în același cabinet.

5) Acolo unde există posibilitatea, să se destineze săli de așteptare diferite pentru copii sub 3 ani, și pentru copii peste 3 ani. Dacă această posibilitate nu există, orele de consultații în poliolinică să fie defalcate în ore rezervate copiilor sub 3 ani și ore rezervate copiilor peste 3 ani.

6) In toate încăperile policlinicii trebue asigurată cea mai desăvârșită curățenie.

7) In policlinică trebue creată o ambianță plăcută, care să rezulte atât din aspectul agreabil al interioarelor cât și din atitudinea binevoitoare a personalului .

Dăm mai jos schema policlinicii spitalului unificat de copii a raionului 23 August din Capitală



Grupul triaj, registratură, gardă, este amplasat într'o clădire care precedă corpului principal al policlinicii. La etajul acestei clădiri sunt instalate birourile administrative. Corpul principal al clădirii, legat de staționar, dar separat complect de el are două aripi distincte. In una din aripi sunt amplasate cabinetele de pediatrie ; în cealaltă, cabinetele de specialitate.

Este practic ca aripa destinată cabinetelor de specialitate să fie mai mare decât cea destinată cabinetelor de pediatrie, pentru a putea cuprinde și laboratorul și farmacia.

Radiologia și fizioterapia care deservesc, la ore diferite, atât policlinica cât și staționarul, sunt amplasate la punctul de contact dintre cele două unități.

Chiar şi acolo unde condiţiile de local nu oferă posibilitatea despărţirii complecte, în aripi separate, a celor două grupuri de cabinete, trebue să se meargă totuşi pe linia grupării cabinetelor de pediatrie într'o parte a policlinicii şi a grupării cabinetelor de specialitate, şi a cabinetelor de gardă într'altă parte a ei, avându-se în vedere profilul principal al cabinetelor de pediatrie care constă în efectuarea controalelor profilactice şi cel al cabinetelor de specialitate ca şi a celui de gardă, care constă în consultarea de copii bolnavi. Policlinica care nu ţine cont de această necesitate organizatorică, nu va putea realiza în interiorul ei o separare a copiilor sănătoşi, cari se adresează cabinetelor de pediatrie de copiii bolnavi cari se adresează cabinetului de gardă sau cabinetelor de specialitate.

In etapa actuală, problema separării în interiorul policlinicii a copiilor sănătoşi de cei bolnavi ridică necesitatea aplicării unor măsuri suplimentare, menite să evite contactul dintre aceste două categorii de copii.

Acolo unde încă nu s'a ajuns ca în cabinetele de pediatrie să se efectueze exclusiv controlul profilactic al copiilor şi pe lângă această activitate se fac consultaţii şi copiilor bolnavi, trebue să se rezerve neapărat zile special destinate uneia sau celeilalte dintre cele două activităţi. Nu este permis ca în zilele destinate controlului profilactic să fie îndrumaţi şi copii bolnavi în spre cabinetul de pediatrie. Astfel de copii, cari sunt aduşi la policlinică în zilele destinate controlului profilactic, trebue consultaţi în cabinetele de gardă, dacă retrimiterea lor la domiciliu în vederea consultării lor de medicul de teren nu este posibilă. Având în vedere aceste situaţii care se ivesc încă adeseori, amplasarea cabinetului de gardă la distanţă de cabinetele de pediatrie, apare pe deplin justificată.

In cazul coexistenţei a mai multe cabinete de pediatrie într'o policlinică, este necesar ca toate cabinetele să-şi programeze în aceleaşi zile controlul profilactic pentru copiii din circumscripţiile pe cari le deservesc, altfel neputându-se înlătura în interiorul policlinicii pericolul contactului dintre copiii bolnavi şi copiii sănătoşi.

Dăm mai jos exemplul unui grafic de muncă dintr'o policlinică cu 3 cabinete de pediatrie în cari de 3 ori pe săptămână se efectuează controlul profilactic şi de 3 ori pe săptămână se dau consultaţii pentru copiii bolnavi.

	CONTROL PROFILACTIC	*CONSULTAŢII*
Cabinetul 1)	Circ. 1) Luni 11—15, Mierc. 15—19, Vineri 11—15 Circ. 2)	Marţi 15—19, Joi 11—15 Sâmbătă 15—19.
	Circ. 3) Luni 15—19, Mierc. 11—15, Vineri 15—19, Circ 4)	Marţi 11—15, Joi 15—19 Sâmbătă 11—15.
Cabinetul 2)	Circ. 5) Luni 11—15, Mierc. 15—19, Vineri 11—15, Circ. 6)	Marţi 15—19, Joi 11—15 Sâmbătă 15—19.
	Circ. 7) Luni 15—19, Mierc. 11—15, Vineri 15—19, Circ. 8)	Marţi 11—15, Joi 15—19 Sâmbătă 11—15.
Cabinetul 3)	Circ. 9) Luni 11—15 Mierc. 15—19, Vineri 11—15 Circ. 10	Marţi 15—19, Joi 11—15 Sâmbătă 15—19
	Circ. 11) Luni 15—19, Mierc. 11—15, Vineri 15—19 Circ. 12)	Marţi 11—15, Joi 15—19 Sâmbătă 11—15.

Numărul de zile în cari în cabinetele de pediatrie se efectuează exclusiv control profilactic nu este acelaş în toate policlinicile. In funcţie de treapta de desvoltare pe care a atins-o sistemul de organizare a ocrotirii sănătăţii copiilor în respectivul centru, în unele policlinici sunt rezervate două zile pe săptămână acestei activităţi în altele 3 şi 4 zile, iar în altele, în cabinetele de pediatrie se efectuează exclusiv control profilactic. Numărul de zile destinate controlului profilactic poate fi socotit credem ca un indice calitativ al policlinicii respective, în sensul că cu cât acest număr este mai mare, cu atât mai mică este morbiditatea copiilor şi cu atât mai bine este organizată asistenţa medicală la domiciliul copilului bolnav. Una din principalele preocupări ale fiecărei policlinici trebuie să fie aceea de a ajunge prin educaţie sanitară şi prin consultarea tuturor copiilor bolnavi la domiciliul lor, la desfiinţarea consultaţiilor de copii bolnavi în policlinică şi la destinarea cabinetelor de pediatrie exclusiv controlului profilactic.

★

ПРАКТИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ В СВЯЗИ С РАЗРЕШЕНИЕМ ВОПРОСОВ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ В ДЕТСКОЙ ОБЪЕДИНЕННОЙ БОЛЬНИЦЕ

Автор, основываясь на опыте сети педиатрических учреждений всей страны, со времени осуществления реформы объединения больниц с поликлиниками и до настоящего времени, указывает способы разрешения — в этом этапе различных организационных вопросов, в связи с деятельностью объединенных детских больниц.

В статье излагается организация приемного покоя, медицинской регистратуры, распределения различных отделений и медицинских кабинетов поликлиники, этапы при приеме больных детей, а также и основные условия которые должны быть обеспечены в поликлинике, в целях ея правильной работы.

★

INDICATIONS PRATIQUES SUR LA SOLUTION DES PROBLÈMES D'ORGANISATION DES HÔPITAUX UNIFIÉS DES ENFANTS

L'article, en se basant sur l'expérience acquise par le réseau de pédiatrie du pays entier depuis l'application de la réforme d'unification des hôpitaux avec les policliniques jusqu'aujourd'hui, indique la façon de résoudre dans létape actuelle, les différents problèmes d'organisation des hôpitaux unifiés des enfants.

On décrit le triage, l'enregistrement médical, le mode d'emplacement des différents services et cabinets de la policlinique, le circuit des enfants dans la policlinique et les principales conditions qui doivent être assurées dans la policlinique en vue d'une activité et d'un fonctionnement correct.

ASPECTE DIN ACTIVITATEA DE OCROTIRE A MAMEI ŞI COPILULUI LA CIRC. SANITARĂ RURALĂ LĂPUŞEL REGIUNEA BAIA MARE

VELICIU STELA
Medic al Circumscripţiei Lăpuşel
Raionul Şomcuţa Mare, Reg. Baia Mare

Aşezată în imediata apropiere a oraşului Baia Mare, Circ. Lăpuşel cuprinde 5 sate cu o populaţie de 5.600 locuitori, grupate de-alungul văilor râurilor Lapus şi Sasarel. Majoritatea populaţiei se ocupă cu agricultura, cu excepţia satelor mărginaşe Băii-Mari, care dau un număr însemnat de muncitori în Exploatările Miniere din vecinătate.

Infiinţată în 1948, Circ. Lăpuşel a fost complectată în anul 1951 cu o casă de naştere, bucătărie dietetică şi un centru de lapte, funcţionând în aceiaş clădire cu dispensarul circumscripţiei.

Activitatea este dusă în prezent de un medic, un oficiant sanitar, două moaşe şi o îngrijitoare, cu sprijinul activului de mase şi îndrumarea tehnico-organizatorică a medicului pediatru de raion şi îndrumarea metodologică a Spitalului Regional Baia Mare.

Acţiunea de ocrotire a Mamei şi Copilului începe prin luarea în evidenţă a gravidelor şi cuprinde începând cu anul 1952 100% gravidele din Circumscripţie.

Procentual, luarea în evidenţă a gravidelor, se prezintă în felul următor :

In anul 1951, 32% luate în evidenţă sub a 5-a lună.
In anul 1952, 55% luate în evidenţă sub a 5-a lună.
In anul 1953, 58% luate în evidenţă sub a 5-a lună.

Incepând cu luna August a. c. 78% din gravide sunt luate în evidenţă sub a 5-a lună de sarcină.

Cifrele slabe din primul an, se explică pe de o parte prin necunoaşterea terenului şi o slabă organizare a muncii, pe de altă parte prin neîncrederea pe care o manifestau femeile faţă de această nouă instituţie. Ameliorarea cifrelor din anii următori arată că aceste greutăţi, inerente începutului, au fost învinse, iar saltul din ultimele luni se explică prin încadrarea în post vacant, a celei de a doua moaşă. Cifrele actuale sunt sus-

ceptibile încă de ameliorare, printr'o perseverentă muncă de educație sanitară prin care se va îndepărta obiceiul localnic, izvorât dintr'o pudoare — exagerată și inexplicabilă, de a ascunde sarcina în primele luni.

Gravidele depistate pe teren, precum și acelea care se prezintă în mod spontan la consultații, sunt examinate în cadrul consultațiilor prenatale săptămânale. In afară de examenul clinic, fiecărei gravide i se face analiza urinei și recoltare de sânge pentru analiza B—Wassermann. Aceste examinări fiind făcute, gravida este dispensarizată până la naștere. Sarcinile patologice sunt îndreptate spre maternitatea Baia Mare.

Prin aceste examinări prenatale am triat din timp și am îndrumat la această maternitate, trei placenta praevia, patru bazine distotice, două stări preeclamptice, două prolapsuri uterine.

Femeilor care prezintă sarcini normale li se arată avantajul de a se interna din timp în Casa de Naștere. Gravida după ce este examinată de medic împreună cu moașa de serviciu este înregistrată în condică, apoi moașa efectuiază toaleta și înlocuirea hainelor proprii cu cele ale Instituției, constând din cămașe, halat, batic, ciorapi, papuci de casă, prosop, batistă, etc. Nașterile sunt asistate de moașă, sub supravegherea medicului de Circumscripție, care locuind în incinta Instituției, este prezent la toate nașterile din timpul zilei și oridecâteori este chemat în timpul nopții. Nașterile sunt conduse cu respectarea riguroasă a măsurilor de asepsie și antisepsie. Noului născut i se aplică omfalotripsia și profilaxia oculară.

Prin aplicarea metodelor de mai sus, am reușit să evităm cazuri de febră puerperală, excepând un caz care a fost imediat izolat, caz internat în stare febrilă și cu lichidul amniotic scurs prematur la domiciliu. Deasemenea nu am avut cazuri de oftalmii purulente sau procese inflamatorii ale ombilicului.

După naștere, femeea este trecută în salonul de lăuze, împreună cu noul născut, căruia i se asigură îmbrăcăminte pe timpul internării.

Alimentația femeilor în Casa de Naștere, este în sarcina îngrijitoarei, sub supravegherea medicului. Alimentele sunt obținute în parte prin Secția Sănătății a Raionului, în parte prin grădina de zarzavat aparținând Casei de Naștere.

In timpul internării, lăuzele beneficiază de cărțile și broșurile care se găsesc în biblioteca Instituției, materialul citit fiind discutat cu moașa și medicul. Prin acest procedeu, precum și prin convorbirile zilnice ținute cu lăuzele, tindem că acestea până la plecare să-și însușească cât mai multe noțiuni de igienă generală și de puericultură.

Din totalul de nașteri din Circ. s'au efectuat în Casa de Naștere, după cum urmează: în 1951: 48%, în 1952: 52%, în 1953: 63%.

Ameliorarea progresivă a cifrelor de mai sus în cursul celor trei ani, ne arată că am reușit să câștigăm din ce în ce mai mult încrederea femeilor și autoritatea Casei de Naștere crește.

Trebue să menționăm, că nașterile în Casa de Naștere, sunt efectuate 100% din sediu și încă două sate; restul satelor fiind așezate mai aproape de Baia Mare și având căi de acces mai bune în acest sens, multe dintre gravide nasc în maternitatea Baia Mare. Sunt cazuri, când gravide care domiciliază în alte Circ. vecine sau chiar în orașul Baia Mare și a căror

părinți locuesc pe teritoriul Circumscripției noastre, vin să nască la Casa de Naștere Lăpușel.

Din totalul de 178 nașteri avute până în prezent, am înregistrat trei prezentații pelviene, deci 1,78% și o singură prezentație podalică, deci 0.56%. Deasemenea am avut și o prezentație facială și trei cordoane prolabate. Toate cazurile de mai sus au fost rezolvate pe loc fără complicații pentru mamă sau făt.

Intre complicațiile survenite amintim hemoragii intra și post partum, trei cazuri de retenție de placentă, rezolvate prin deslipire și extragere manuală. Episiotomie profilactică am efectuat la un număr de șase cazuri, toate fiind suturate imediat după naștere.

Mortalitatea maternă este 0. Mortinatalitatea este de 1,07%, un caz fiind un prematur, iar al doilea, născut asfixic cu circulară în jurul gâtului, nu a putut fi readus. Dintre copiii născuți vii în timpul internării, au decedat doi, ambii fiind prematuri sub 2.000 gr.

După eșire, lăuzele sunt vizitate la domiciliu de către moașe, iar noul născut este trecut în evidența sugarilor fiind urmărit în mod periodic prin consultații de puericultură și vizite la domiciliu. Există o evidență specială a copiilor, aceștia fiind urmăriți cu atenție deosebită.

Sugarii alimentați artficial, precum și cei care prezintă tulburări dispeptice, găsesc la bucătăria de lapte o alimentație rațională.

Convingându-se din ce în ce mai mult de avantagiile unei asistențe calificate la naștere, acordată în Instituția noastră, precum și de rezultatele obținute prin aplicarea metodelor de puericultură, populația se îndepărtează de practicile empirice și obiceiurile retrograde precum și de nenumăratele superstiții ce dăinuesc încă în această parte a țării.

Azi nu mai vedem sugarii înfășați în formă de mumie și rară posibilitatea mișcărilor active. Deasemenea s'a părăsit vechiul obicei de a nu spăla capul copilului și a nu tăia unghiile până la vârsta de un an. Nu mai vedem copii având drept susetă mălai și zahăr, învelite în cârpe. La primele semne de boală mama nu aleargă la stins de cărbune ci se prezintă la dispensar.

Totuși mai întâmpinăm greutăți în acest sens în două dintre satele circ., acolo unde nivelul cultural al populației este mai scăzut. Tot aceste două sate ne furnizează un număr încă mare de decese sub un an, fapt care ne încarcă indicile de mortalitate infantilă, ce nu va putea fi redus decât printr'o muncă de educație sanitară deosebit de accentuat depusă în aceste sate și prin complectarea posturilor vacante din schema de funcțiuni a Circ. (felcer mamoș, soră de ocrotire. soră puericultoare).

Indicele de mortalitate infantilă care în anul 1950, când s'a preluat Circ. era de 15,21%, a scăzut în 1951 la 13,88%, iar în anul 1952 la cifra de 9,2%, tinzând în a. c. la o și mai acentuată ameliorare.

Trebue să menționăm că în localitatea Lăpușel, sediul Circ. în ultimii trei ani a decedat un singur copil sub vârsta de trei ani, acesta prezentând malformații congenitale multiple. Acest rezultat se datorește faptului, că terenul în sediu, a putut fi acoperit la maximum, lucru care nu a putut fi făcut pe deplin pentru celelalte sate din cauza schemei incomplecte.

Dacă prin înființarea dispensarului, Casei de Naștere și a bucătăriei de lapte Lăpușel, care sunt o realizare a ultimilor ani, s'a reușit să se

obținã o ameliorare simțitoare în acțiunea de ocrotire a mamei și copilului ajungîndu-se la o mortalitate maternă nulă o mortinatalitate scăzută și un indice de mortalitate infantilă mult scăzut față de anii precedenți, ne revine sarcina ca printr'o mai perseverentă muncă de teren și de educație sanitară dusă în toate satele Circ. reușind să obținem sprijinul și mai accentuat al activului de mase cât și prin complectarea posturilor vacante, să obținem rezultate mult superioare celor de până acum.

★

АСПЕКТЫ РАБОТЫ ПО ОХРАНЕ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА В СЕЛЬСКОМ ВРАЧЕБНОМ УЧАСТКЕ ЛЭПУШУЛ, ОБЛАСТЬ БАЙЯ-МАРЕ

Автор излагает успехи полученные в деле охраны материнства и детства в результате открытия в центре руководимого им врачебного участка, в 1951 году, — родильнаго дома. Учет беременных до 5—20 не кящапоуняль в 1951 году с 32% до 58% 1953 года — 58%, а в августе этого же года — 78%. Результаты работы, развернутой медико-санитарным персоналом, оказались плодотворными. Не было отмечено ни одного случая гнойных заболеваний слизистой оболочки глаз или воспалительных поражений пупка у новорожденных. Из общего количества 178 родов, до настоящего времени было отмечено 3 случая тазового предлежания, 1 случай ножного, 1 случай лицевого предлежания., и 3 случая выпадения пуповины. Все эти случаи были разрешены на месте, без всяких осложнений для матерей или же новорожденных. Смертность среди рожениц равна нулю, а мертворождаемость — 1,07%.

Санитарно-просветительная работа и високо - качественная медицинская помощь, оказываемая беременным являются факторами в результате которых и были получены эти хорошие результаты.

★

ASPECTS DE L'ACTIVITÉ DE PROTECTION DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT DANS LA CIRCONSCRIPTION RURALE, RÉG. BAIA MARE

L'auteur de l'article nous présente les réalisations obtenues dans l'activité de la protection de la mère et de l'enfant dans la maternité fondée en 1951 dans la circonscription citée; elle dessert en plus encore deux villages. La mise en évidence des femmes enceintes au dessous du cinquième mois s'est élevée de 32% en 1951, à 58% en 1953, et à partir du mois d'avril 1953 à 78%. Le travail fourni par le personnel médical et moyen-sanitaire a été fructueux.

Il n'est survenu aucun cas d'ophtalmie purulente, ni des processus inflammatoires de l'ombilic. Parmi les 178 naissances effectuées jusqu'à présent, on a enregistré trois présentations pelviennes, une seule présentation podalique, une présentation faciale et trois cas de cordon prolabé. Tous ces cas ont été résolus de manière parfaite, sans complications pour la mère ou le nouveau-né. La mortalité maternelle a été nulle, la mortinatalité de 1,07%. L'éducation des femmes encientes et l'aide médicale, de bonne qualité, qu'elles reçoivent sont les facteurs qui ont déterminé les bons résultats obtenus.

METODE DE STUDIU ŞI EVIDENŢĂ A ENDEMIEI TUBERCULOASE*)

Dr. VERGULESCU AL.

In condiţiile actuale ale luptei antituberculoase, cunoaşterea endemiei tbc. constitue o sarcină de primă necesitate a reţelei de specialitate şi a forurilor ştiinţifice şi organizatorice care conduc acţiunea de combatere a tuberculozei.

Un studiu al endemiei tuberculoase nu a fost posibil de făcut până acum la noi, în bune condiţiuni, din cauza lipsei unei reţele de specialitate. Informaţiile statistice oficiale din trecut sunt insuficiente şi necorespunzătoare realităţii, mai ales în ceeace priveşte tuberculoza, boală cu evoluţie în general îndelungată, multă vreme insidioasă, evoluând în perioade de activitate şi remisiune.

Datele pe care le-am avut până la organizarea reţelei antituberculoase actuale nu pot fi valabile pentru aprecierea evoluţiei morbidităţii tbc., nu pot să dea indicaţii asupra gradului şi tendinţei evolutive a endemiei. Până în 1948 nu exista o reţea antituberculoasă, iar cazurile de tuberculoză cunoscute erau în evidenţa reţelei de bază. Calculând starea endemiei, după cazurile astfel cunoscute, rezultă un procent foarte redus faţă de realitatea probabilă.

Punctul de plecare pentru o cunoaştere cât mai exactă trebue să fie evidenţa, metoda de bază a statisticei. Evidenţa însemnează cunoaşterea realităţii pe baza activităţii de teren, atât din punct de vedere operativ în legătură cu înregistrările individuale ale fenomenelor în vederea necesităţilor curente, cât şi din punct de vedere statistic în legătură cu prelucrarea statistică ulterioară care are drept scop interpretarea fenomenelor complexe pentru cunoaşterea endemiei şi planificarea măsurilor antituberculoase.

Date complecte asupra răspândirii tuberculozei, asupra frecvenţei şi diferitelor corelaţii ale tuberculozei, nu pot fi obţinute decât pe baza unei evidenţe corecte şi a cercetărilor făcute de către un dispensar bine organizat.

Deoarece o statistică reală, care să cuprindă totalitatea bolnavilor existenţi pe întreg teritoriul ţării, nu se putea realiza în trecut, s'a recurs

*) Lucrare făcută în Cabinetul de Metodologie al Institutului de Ftiziologie din Bucureşti.

la metoda eșantioanelor, sondagii limitate, făcute în condițiuni științifice, în diferite medii ale țării, cuprinzând colectivități mai mult sau mai puțin întinse. Rezultatele obținute prin această metodă sunt însă variabile după epoca, mediul și regiunea unde au fost efectuate și după cercetătorii care le-au executat, astfel că generalizarea lor pe țară nu ar corespunde realității. Valoarea acestor cercetări, făcute pe o populație limitată, depinde de mărimea eșantionului cercetat, de variabilitatea acestui eșantion, adică de caracterul local al endemiei, care nu este același în diferite momente ale endemiei și în diferitele regiuni ale țării, mai depinde de organizarea sanitară în general, de condițiile economico-sociale, de nivelul cultural și sanitar al populației cercetate și care nu sunt uniforme pretutindeni.

O altă metodă de cercetare a morbidității tuberculoase, utilizată în trecut, se făcea prin calcul, pornind dela numărul deceselor de tuberculoză și înmulțind acest număr cu o cifră aleasă arbitrar: 3, 5, 7, 10, care ar corespunde duratei medii de viață a unui tuberculos sau pornind dela raportul dintre numărul deceselor de tuberculoză și numărul cazurilor de tuberculoză existente la un moment dat într'o colectivitate cercetată (câte cazuri de tuberculoză există față de un deces). Și această metodă este foarte aproximativă, rezultatele obținute sunt foarte diferite, după cifra care a fost utilizată în calcul.

Prin organizarea rețelei de unități antituberculoase din ultimii ani, care cuprind întreg teritoriul țării, s'au pus bazele unei evidențe reale, prin introducerea evidenței teritoriale la fiecare unitate.

Cunoașterea realității depe teren, evidența, ca bază a statisticei, ne indică starea sanitară a populației și tendințele fenomenelor vitale. Ca metodă de studiu epidemiologic, statistica ajută să se tragă concluzii juste pe baza cărora se poate întocmi planul de luptă antituberculoasă, se poate urmări executarea planului în fiecare regiune și randamentul unităților antituberculoase, se pot urmări deci efectele acțiunii antituberculoase asupra întinderii și gravității tuberculozei.

Planificarea măsurilor antituberculoase se sprijină pe studiul epidemiologic al tuberculozei, dar tuberculoza îmbracă cele mai diferite forme și faze, astfel că un simplu studiu al numărului total de bolnavi înregistrați nu prezintă o valoare deosebită în aprecierea gravității endemiei. In aprecierea epidemiologică a evidenței bolnavilor trebue să se țină seama că un tuberculos nu se prezintă ca unitate stabilă, ușor de interpretat statistic, cum se prezintă un bolnav cu o boală contagioasă epidemică. Un tuberculos real, bacilifer chiar, cu sau fără manifestări clinice evidente, dacă nu a fost depistat și luat în evidență, nu figurează în statistică, pe când un bolnav cu o formă latentă, stabilizată, sau chiar inactivă prin faptul că este cunoscut, figurează în statistică, fără să prezinte poate vreo gravitate epidemiologică.

Știm că morbiditatea este un indice deosebit de important în aprecierea stării sanitare a populației. Morbiditatea tuberculoasă ne arată răspândirea tuberculozei. In mod curent până acum, termenul de morbiditate era folosit pentru a exprima totalitatea bolnavilor probabil existenți în sânul populației.

Spre deosebire de bolile acute epidemice, unde prin morbiditate se înțelege proporția de îmbolnăviri noi apărute, în studiul endemiei tuberculoase trebue să se facă distincție între *indicele de morbiditate,* care reprezintă proporția de bolnavi noi luați în evidență, într'un interval de timp

dat, și *starea de morbiditate,* așa cum o definește Batchis: „ca o expresie a totalității bolnavilor dintr'o perioadă dată, atât a cazurilor noi apărute, cât și a celor existente mai înainte, cunoscute sau necunoscute". Această *stare de morbiditate,* care cuprinde rezervoriul permanent de bolnavi, alimentat de noile îmbolnăviri și diminuat prin cei ce se vindecă sau mor, reprezintă situația reală a endemiei la un moment dat.

La aceste două noțiuni *„indice de morbiditate"* și *„stare de morbiditate"* se adaugă a treia noțiune *„evidență"*, care reprezintă totalitatea bolnavilor, noi și vechi, ce se găsesc înregistrați la un moment dat în fișierul dispensarului.

O evidență reală a tuberculozei, care să cuprindă totalitatea bolnavilor existenți în toată țara, încă nu este realizată. Tendința activității de depistare este ca evidența să se apropie până la suprapunere cu starea de morbiditate reală.

Datele statistice rezultate din activitatea de teren și prezentate în cifre absolute, sunt necesare pentru prelucrare și analizare. Pentru interpretare au o valoare mai limitată, cercetătorul cu greu se poate folosi de ele și de aceea statistica folosește valori relative și medii (indici, coeficienți) derivate din cifrele absolute. Mai folosește și reprezentările grafice, diagramele, care sunt mijloace foarte bune de redare și memorizare a rezultatelor statistice. Ele arată sensul dinamic al fenomenelor și pot să prevadă evoluția acestora în viitor. Graficele, pentru a putea fi utilizate și interpretate, trebue să îndeplinească toate condițiile legilor statistice. Concluziile obținute cu ajutorul indicilor și graficelor sunt mai complecte, mai intuitive și mai ușor de manipulat în diferite faze ale studiului.

Randamentul calitativ al rețelei de tuberculoză se apreciază cu ajutorul indicilor calitativi. Aceștia constituesc baza unei corecte cunoașteri și interpretări a datelor pe care statistica, ca metodă de apreciere a muncii sanitare planificate, ni le pune la dispoziție.

Evoluția epidemiologică a tuberculozei în general, se caracterizează prin variațiuni în ceeace privește frecvența îmbolnăvirilor și mortalitatea în diferite țări sau regiuni ale aceleiași țări. Tuberculoza evoluiază ca oricare epidemie, cu deosebire că evoluția ei este foarte lentă, se întinde pe o lungă perioadă de timp. Curba epidemiologică a tuberculozei prezintă o perioadă ascendentă, de invazie a unei țări sau regiuni, în cursul căreia morbiditatea și mortalitatea cresc și după ce au atins un apogeu, încep să scadă progresiv, atât mortalitatea cât și morbiditatea, concomitent sau decalate, cu precesiunea mortalității, rămânând o stare de endemie permanentă mai încet influențabilă.

Obiectivele luptei antituberculoase cer în primul rând cunoașterea situației actuale a endemiei, cunoașterea stării de morbiditate. Pentru aceasta trebue studiată compoziția morbidității și structura bolnavilor din evidență, pe medii sociale, pe grupe de vârstă, pe forme și localizări ale proceselor tbc. ținând permanent seama de condițiile economico-sociale ale grupelor studiate. In acest mod putem ajunge la cunoașterea răspândirei și a diferitelor corelații ale tuberculozei.

Endemia tuberculoasă se apreciază prin date statistice numerice și indici, interesând mortalitatea, letalitatea, morbiditatea, fatalitatea și răspândirea infecției spontane în diferite colectivități și medii. O statistică a tuberculozei este o condiție prealabilă și indispensabilă pentru studiul endemiei, datele statistice existente sunt insuficiente pentru un studiu apro-

fundat, cuprind puține aspecte ale problemelor de mai sus. Profilaxia rațională a tuberculozei trebue să plece dela o cunoaștere cât mai exactă a situației epidemiologice. Trebue să fim precis informați asupra deceselor prin tuberculoză, asupra numărului cazurilor de boală și compoziția lor. Aceste cifre au însă nevoie să fie interpretate în lumina situațiilor economice și sociale ale epocei, care explică întinderea tuberculozei, dar în acelaș timp indică și măsurile necesare desfășurării acțiunei de combatere a tuberculozei.

Pentru cunoașterea endemiei vom expune elementele de bază folosite în studiul epidemiologic al tuberculozei.

A. *Mortalitatea tuberculoasă.* Este un indice, care comparat cu valorile din alți ani și cu valorile din alte regiuni ne poate indica gradul de răspândire și gravitate a tuberculozei, ne poate indica complexul de condiții sociale și eficacitatea armamentului antituberculos.

Mortalitatea tuberculoasă, în trecut era foarte crescută, în 1947 situându-ne printre țările cu mortalitate ridicată. In anii următori începe scăderea continuă a mortalității, ajungând să scadă la aproape jumătate.

Fenomenul descris de unii epidemiologi sub denumirea de „Descreșterea seculară a tuberculozei" este desmințit de scăderea rapidă care se observă acum la noi și în toate țările unde au fost introduse măsuri sociale pentru ridicarea nivelului de trai al muncitorilor, ridicarea nivelului cultural și igienic, și măsuri de organizare sanitară eficientă.

La noi, mortalitatea prin tuberculoză este în general mai urcată la bărbați decât la femei, dar repartizată pe medii este mai ridicată la femei în mediul rural și la bărbați în mediul urban. Această situație se datorește în special condițiilor de trai și de muncă ale femeii rurale și ale bărbatului la oraș. Astăzi, când socializarea și mecanizarea agriculturii se desvoltă, munca în mediul rural în general și a femeii în special, va lua cu totul altă înfățișare, astfel că evoluția tuberculozei în mediul rural pe sexe și grupe de vârstă, va fi influențată de noile condițiuni apărute.

Această evoluție a tuberculozei în mediul rural trebue îndeaproape studiată. Mortalitatea tuberculozei, ca și curba evidenței și a morbidității cazurilor noi ne poate arăta în ce măsură are loc extensiunea endemiei în acest mediu, în ce stadiu se oprește, când începe să scadă. Putem cerceta căror factori se datorește reducerea tuberculozei la sate, permițând să se intervină prin măsuri sociale și sanitare în regiunile și colectivitățile unde nu se observă regresiunea tuberculozei.

Endemia tuberculoasă la noi era caracterizată până acum printr'o mortalitate foarte ridicată în mediul urban și mai redusă în mediul rural; astfel în 1947 mortalitatea în mediul urban era cu 26% mai mare decât în mediu rural. Asistăm la o descreștere a mortalității tbc. în general, datorită măsurilor profilactico-curative și condițiilor de trai; scade și mortalitatea tbc. în mediul rural, față de trecut, dar rămâne totuși mai ridicată decât în mediul urban. In 1952 mortalitatea în mediul rural a fost cu 14% mai mare decât în mediul urban.

Mortalitatea pe grupe de vârstă, este deosebit de importantă în cercetările biostatice de sănătate publică, deoarece compoziția populației poate fi variabilă după medii, regiuni, colectivități și epoci. Tuberculoza ocupă primul loc printre cauzele de deces la grupele tinere de vârstă 10—44 ani, iar pentru 15—34 ani, 50% din decese sunt provocate de tuberculoză.

Datele statistice de mortalitate din trecut ne arată că în vârsta copilăriei, tuberculoza capătă importanță începând dela 10 ani, când devine prima cauză de deces. Studiind curba mortalității prin tuberculoză și prin principalele cauze de deces la copii, în anii trecuți, se poate presupune că un important număr de decese atribuite bolilor aparatului respirator, în special la vârsta 1—4 ani, sunt datorite tuberculozei. Este posibil că numeroase cazuri de tuberculoză cu evoluție acută în mica copilărie și decedate, să fie luate drept pneumopatii netuberculoase și înregistrate ca atare. Această problemă trebue să constitue un obiect de studiu important pentru rețeaua de pediatrie și ftizio-pediatrie.

Trebuesc cercetate și decesele prin „senilitate", pentrucă un mare număr de decese, produse de alte cauze la bătrâni, au fost trecute la senilitate. Printre cauzele principale de deces la bătrâni este sigur că și tuberculoza ocupă un loc important. Tocmai aceste cazuri de tuberculoză la bătrâni, necunoscute, constitue focare masive și grave de răspândire a tuberculozei în familie.

Curba mortalității tuberculozei pe grupe de vârstă are un aspect invers față de mortalitatea prin toate cauzele. Are o formă cu convexitatea în sus, spre deosebire de mortalitatea generală care are convexitatea în jos. Este necesar să fie studiați factorii locali, sociali și de mediu, care intervin în agravarea tuberculozei la această vârstă, factori care pot să fie înlăturați prin ameliorarea condițiilor de muncă.

Mortalitatea prin tuberculoză pulmonară este mai mare în mediul urban, decât în cel rural, iar localizarea osteo-articulară este mai răspândită la țară decât la oraș.

In ceeace privește tuberculoza meningeală pronosticul acestei localizări a fost cu totul modificat astăzi prin introducerea antibioticelor.

Pentru a aprecia eficacitatea vaccinării, care în ultimii ani se aplică sistematic pe anumite grupe de vârstă, este necesar a se urmări mortalitatea prin tuberculoză la copii vaccinați comparativ cu cei nevaccinați.

Mortalitatea tbc., dealtfel ca și morbiditatea, trebue studiată nu numai pe grupe de vârstă, sexe, localizări, ci și pe profesiuni, categorii de muncă, medii și colectivități. Doctrina de până acum a evoluției endemiei tuberculoase ne spune că în epoca de început a industrializării, tuberculoza este în plină extensiune în mediul urban, așa cum s'a petrecut în secolul trecut în industrializarea intensă capitalistă din occident. Pe măsură ce industrializarea se dezvoltă la maximum, tuberculoza începe să scadă în mediul urban, răspândindu-se în mediul rural. Noi trecem acum prin această fază, dar în condițiile democrației populare dela noi, industrializarea se desvoltă rapid sub alte aspecte. Nu mai există exploatarea capitalistă din trecut. In regimul socialist condițiile de muncă și de trai ale muncitorilor sunt diferite de acelea pe care le-au avut muncitorii din industrializarea capitalistă. In studiul endemiei tbc. în această epocă de construire a socialismului prin care trecem și care cere dela fiecare eforturi, trebue cercetată mortalitatea și pe medii și colectivități de muncă, pentru a vedea în ce măsură schimbarea condițiilor de muncă și de trai influențează mortalitatea.

B. — *Letalitatea* tuberculozei este procentul deceselor tbc. din totalul deceselor prin toate cauzele. Măsurile sanitare și sociale își manifestă

mai rapid efectele asupra celorlalte cauze de deces, decât asupra tuberculozei, aceasta scăzând mai încet decât mortalitatea prin alte cauze și deaceia mortalitatea tbc., procentual, oscila între 8—9%. In 1949—50—51, când mortalitatea generală scade simțitor, letalitatea tbc. crește până la 11,6% din totalul deceselor, demonstrând cele afirmate. In 1952 măsurile sanitare și sociale încep să influențeze și tuberculoza, reducând letalitatea tbc. la 10,6%.

C. — *Morbiditatea.* Este indicele care se referă la bolnavii noi luați în evidență într'un interval de timp dat. Este proporția de bolnavi noi luați în evidență raportați la populația teritoriului respectiv.

Prin bolnavi noi trebue să se înțeleagă atât îmbolnăvirile noi apărute și înregistrate, cât și luările în evidență de bolnavi vechi, noi depistați și înregistrați în fișier.

Acest indice va avea valori diferite în funcțiune, cu deosebire, de vechimea dispensarului teritorial, gradul lui de organizare și capacitatea de depistare. La un dispensar vechi și bine organizat morbiditatea va cuprinde maximum de îmbolnăviri recente, cazurile vechi fiind deja luate în evidență, iar la un dispensar nou, funcționând în bune condițiuni morbiditatea va cuprinde cazuri vechi și noi. La un dispensar cu o slabă organizare și funcționare, morbiditatea cuprinde predominent cazurile vechi, bolnavii vin la dispensar aduși de suferință, nu prin depistarea activă a dispensarului, care este deficientă.

Creșterea inițială a curbei morbidității la dispensarele nou create funcționând în condiții bune și scăderea ei ulterioară pe măsură ce evidența se apropie de starea de morbiditate reală, indică într'o primă perioadă, cuprinderea predominentă a cazurilor vechi și în urmă abia luarea în evidență a îmbolnăvirilor noi pe măsură ce se ivesc.

Valoarea indicelui morbidității este influențată și de condițiile economico-sociale și de nivelul sanitar general. Existența unor focare în condiții de deficientă asanare și condiții de aglomerare de populație cu nivel sanitar scăzut, favorizează extensiunea îmbolnăvirilor noi.

Deasemeni depistarea este îngreuiată de condițiile geografice și căile de comunicație în sensul că depărtarea de dispensar are ca rezultat o depistare tardivă.

Acțiunile de m.r.f., prin depistarea tuturor bolnavilor, necunoscuți încă din colectivitățile și mediile cercetate, completează evidența dispensarului până la cunoașterea completă a stării de morbiditate reală.

Proporția bolnavilor care nu sunt încă luați în evidență este în funcțiune de activitatea fiecărui dispensar și se poate aprecia, într'o măsură oarecare, prin procentul cazurilor noi descoperite în stadii avansate și depășite, și prin diferența dintre numărul deceselor prin tuberculoză înregistrate la starea civilă și numărul de decese ale bolnavilor din evidența dispensarelor. Aceste două criterii : procentul cazurilor avansate și procentul deceselor cunoscute de dispensar, arată astăzi că sunt numeroase cazurile care nu sunt încă luate în evidența dispensarelor, cu deosebire în mediul rural.

Morbiditatea, ca și mortalitatea, trebue cercetată pe grupe de vârstă punând accent pe vârstele cu frecvență și gravitate maximă a tuberculozei. Se va cerceta în special pe medii, colectivități și profesiuni.

Dacă toată atenția trebue îndreptată către regiunile muncitorești, nu trebue să uităm importanța depistării și combaterii tuberculozei în mediul rural.

La orașe se va îndrepta atenția spre anumite medii, cum sunt periferiile și suburbanele, unde condițiile de mediu, economico-sociale și sanitare sunt precare. Populația din aceste centre, în majoritate de curând stabilită în oraș, este formată din muncitorii întreprinderilor industriale urbane și familiile lor. Aci se va urmări morbiditatea în raport cu condițiile economice și sanitare. Se va urmări în paralel curba morbidității la adulți și copii, observând gravitatea tuberculozei la copiii din focar.

Apariția de cazuri noi în focare existente.

In statisticile de astăzi ale dispensarelor este redat un procent mediu de 6% cazuri noi în focare existente. Acest procent relativ mic, ne-ar face să credem că îmbolnăvirea, în special la tânăr și adult, ar fi o tuberculoză de reactivare, o redesteptare a infecțiunii contractate în copilărie. Acest fapt, care ar subaprecia deci rolul primoinfecției și suprainfecției la adolescent și tânăr, ar duce la concluzii greșite care ar modifica poate atitudinea profilactică la vârsta adultă și deaceea socotim necesar de a studia serios acest aspect al morbidității tuberculoase.

In condițiile actuale de muncă ale majorității dispensarelor, nedescoperirea contaminatorului este datorită în parte și unei deficiențe în activitatea de dispensar.

Evidența dispensarelor nu cuprinde toate focarele de tuberculoză; există numeroși bolnavi cu forme active, baciliferi chiar, care nu sunt cunoscuți de dispensar și care constitue tot atâtea focare de contaminare domiciliară sau la locul de muncă.

Nu este încă definită și delimitată noțiunea de focar, ce se înțelege prin focar asanat și dacă focarul asanat mai intră în statistică, deși contacții din acest focar rămân în supraveghere și se pot îmbolnăvi ulterior. Nu se dă pretutindeni importanță și focarului domiciliar, nu numai familiar.

Nu este încă precizat și cunoscut de către toate dispensarele, cine intră în categoria contacților, nu sunt încă diferențiate gradele de contact si timpul de urmărire al lor.

Ancheta epidemiologică nu este metodic efectuată. De cele mai multe ori nu este posibil de făcut cu personalul actual. Ancheta epidemiologică sistematic și competent făcută ar duce la descoperirea mai frecventă a contaminatorilor.

In afară de aceste deficiențe ale dispensarului trebue să se țină seama de fluctuațiile de populație, nu în sensul de migrațiuni masive, ci de afluxul de populație rurală către centrele urbane și industriale și de schimbările frecvente de domiciliu după locul de muncă.

Toate acestea intervin și nu ne pot da astăzi o idee exactă asupra apariției de cazuri noi în focare existente, nu ne pot arăta procentul real al îmbolnăvirilor printre contracți. Rămâne o sarcină importantă a dispensa-

relor de a mări evdenţa până la o cuprindede totală a focarelor şi bolnavilor din teritoriu şi de a efectua sistematic şi metodic ancheta epidemiologică cu ocazia fiecărui caz depistat, pentru a descoperi contaminatorul imediat sau îndepărtat, şi pentru a descoperi şi pe cei care eventual au fost contaminaţi de bolnavul depistat. In vârsta copilăriei descoperirea contaminatorului este mai uşoară, ancheta domiciliară şi extradomiciliară duce frecvent la descoperirea sursei de contagiune.

D. — *Decesele la sută bolnavi*, adică procentul decedaţilor prin tuberculoză din totalul bolnavilor de tuberculoză este un indice care arată raportul dintre mortalitate şi morbiditate. Acest indice, valabil în bolile acute epidemice, este greu de apreciat în tuberculoză, boală în genenal de lungă durată, în care decesele pot avea loc la cîţiva ani dela îmbolnăvire.

Noi nu cunoaştem procentul celor care în cursul vieţii pot face o formă activă de tuberculoză, manifestă clinic sau nu, şi care se pot vindeca fără intervenţia terapeutică. Sechelele pulmonare la persoanele sănătoase ne confirmă acest lucru.

Cu acest indice este greu de cercetat, în tuberculoză se mai utilizează alte elemente pentru aprecierea gravităţii endemiei şi anume:

a) *Durata medie de supravieţuire a bolnavului dela debut* şi care este variabilă după autori, dela 2 la 14 ani.

b) *Procentul deceselor survenite la bolnavii de tuberculoză în anii următori debutului.*

Ca şi durata de supravieţuire a bolnavilor şi în raport cu această durată, cifrele care arată proporţia deceselor la bolnavii de tuberculoză în anii următori debutului, sunt foarte deosebite. Statisticile diferiţilor autori privesc numai bolnavii cu leziuni manifeste, luaţi în evidenţă şi tratament în epoci şi condiţiuni diferite faţă de cele actuale când progresele terapeutice au modificat evoluţia şi prognosticul tuberculozei.

c) *Raportul dintre numărul deceselor tbc. şi numărul bolnavilor tbc. în evidenţă,* ne arată câte cazuri de tuberculoză corespund la un deces într'o perioadă de timp dată. In calcularea şi interpretarea acestui raport, trebue să ţinem seama astăzi de incertitudinea precizării cauzelor de deces, cu deosebire în mediul rural şi de faptul cert că numărul total al bolnavilor nu sunt încă înregistraţi, că mai sunt încă bolnavi care au scăpat controlului dispensarului, şi chiar în mediul urban.

E. *Cercetarea răspândirei infecţiei.* Un criteriu de apreciere a răspândirei infecţiei tuberculoase, utilizat pe scară largă în trecut, este indicele tuberculinic.

Depistarea infecţiei tuberculoase prin proba tuberculinică, are o deosebită importanţă, mai ales în vârsta copilăriei şi adolescenţei. Cercetările prin proba tuberculinică, făcute în străinătate şi la noi, arată că indicele tuberculinic (proporţia indivizilor care la o vârstă determinată au o reacţie tuberculinică pozitivă) este variabil în diferite ţări, după vechimea şi evoluţia endemiei şi este în raport cu vârsta, cu mediul şi cu condiţiile de trai şi pentru acelaşi mediu, după epocă.

Deşi progresele terapeutice şi măsurile sociale şi sanitare reduc din gravitatea tuberculozei, noi ne aflăm încă în faza de extensiune a endemiei tuberculoase cuprinzând şi mediul rural. Se observă la noi o preco-

citate şi o progresiune a primo-infecţiilor care încep din prima copilărie, spre deosebire de ceeace se petrece în alte ţări unde în ultimele decade s'a produs o întârziere a primo-infecţiilor, deplasându-se către vârstele mai mari.

Importanţa primo-infecţiilor la adolescent şi tânăr devine din ce în ce mai mare astăzi când ştim că infecţia tuberculoasă nu se produce înainte de 15 ani decât în circa 50%, cu variaţii ale acestui procent după medii. Aşa că tuberculoza la tineri poate să provină deseori dintr'o primo-infecţie, câteodată cu mai puţin de 3 ani înaintea debutului aparent.

Este ştiut că gravitatea ulterioară a tuberculozei depinde de momentul şi de modul cum a fost lichidată primo-infecţia. Infecţiile contractate în prima copilărie sunt cele ce dau cel mai mare număr de reactivări la vârsta adultului. Cu cât este mai mic copilul, cu atât mai mare este însemnătatea depistării tuberculozei.

O însemnătate deosebită din punct de vedere epidemiologic o are depistarea copiilor mici cu reacţie pozitivă. Ei ajută la depistarea surselor de infecţie în imediatul lor anturaj, între adulţii cu care conviețuiesc.

Tuberculoza fiind o epidemie de focar, o epidemie familiară, contactul ca sursă de infecţie, joacă rolul predominent. La copiii din familiile cu bolnavi de tuberculoză, procentul infecţiunii tbc. decelată prin proba tuberculinică este mult mai ridicat decât la copiii din familiile în care nu există bolnavi. Cercetările mai vechi, cât şi cele recente, făcute în mediul rural (dr. Pop E. şi dr. Constantinescu S.) şi în mediul urban (dr. Petrovici El., dr. Veber T. şi colab., dr. Buzescu M. şi dr. Evian N.) confirmă că există un raport direct între incidenţa infecţiei tuberculoase şi proporţia contactului.

In afară de cercetarea infecţiei tuberculoase, depistarea sistematică prin proba tuberculinică a copiilor şi adolescenţilor, ne ajută a găsi anergicii din aceste grupe de vârstă pentru a fi vaccinaţi. Vaccinările şi revaccinările care s'au făcut sistematic din 1949, modifică fizionomia indicelui tuberculinic la diferite grupe de vârstă, în funcţie de extensiunea pe care au avut-o vaccinările în regiunea unde se fac cercetările.

Cercetarea răspândirii infecţiei tuberculoase spontane se va putea face în viitor prin sondagii speciale în regiunile şi mediile unde există o evidenţă nominală şi o urmărire a vaccinaţilor şi revaccinaţilor. In aceste cercetări se poate compara indicele tuberculinic la nevaccinaţi cu evoluţia alergiei post vaccinale la vaccinaţii din aceleaşi grupe de vârstă.

F. — *Evidenţa bolnavilor tbc. din teritoriu.* Acest indice arată gradul de cunoaştere de către dispensar a răspândirii bolii în momentul raportării.

Evidenţa primară a bolnavilor de tuberculoză se rezumă astăzi, în majoritatea dispensarelor, la fişa individuală pe care sunt trecute toate informaţiile privitoare la bolnav, fişierul fiind baza materială a evidenţei.

Dispensarul antituberculos întocmeşte fişa şi ia în evidenţă şi supraveghiere pe fiecare bolnav la care s'a descoperit o afecţiune tuberculoasă şi persoanele care sunt în contact cu aceşti bolnavi. Pentruca fiecare medic să-şi cunoască bine bolnavii şi contacţii ce se găsesc sub supravegherea sa, pentru a aplica la timp intervenţiile necesare fiecărui bolnav şi măsurile profilactice în focar, sunt necesare clasificări şi grupări în cadrul fişierului, care se fac ţinând seama de caracteristicile clinice şi sociale ale diferitelor categorii de bolnavi şi contacţi.

Evidența tuberculozei începe cu luarea în evidență, înregistrarea bolnavilor descoperiți, timp important în activitatea dispensarului, pentrucă trebue accentuat asupra exactității diagnosticelor. Acestea de multe ori sunt puse necompetent, fără ajutorul mijloacelor tehnice necesare, majoritatea dispensarelor raionale rurale fiind lipsite de laborator.

Această luare în evidență poate fi activă, când dispensarul, prin toate mijloacele de care dispune și prin colaborarea celorlalte instituți sanitare, caută să depisteze bolnavii în stadiu incipient sau în faza preclinică a boalei. Luarea în evidență este pasivă când bolnavul se prezintă din proprie inițiativă la dispensar, adus de suferință; de cele mai multe ori aceasta este o depistare tardivă și care în condițiile unificării și unei bune funcționări a dispensarului trebue să dispară, reducându-se astfel procentul de 50% cazuri noi descoperite în stadii avansate și depășite.

Scoaterea din evidența dispensarului se face prin vindecare, mutare sau decesul bolnavului. Vindecarea trebue verificată prin probe clinice, funcționale, radiologice și de laborator și prin proba timpului, adică o supraveghere timp de 2 ani în grupa bolnavilor cu forme inactive, în care interval să fi fost supus probei de efort prin reluarea progresivă a activității și să nu dea nici un semn de activitate. Când se pune această problemă trebue să se ia în considerație și condițiile de muncă, de locuință și cele sociale, precum și prezența altor stări morbide, care pot provoca reactivarea boalei.

Este posibil ca bolnavii scoși din evidență ca vindecați să prezinte recăderi, fie că proba vindecării nu a fost suficient urmărită, fie că anumite condițiuni de muncă sau de trai au dus la aceste recăderi. Fișele acestor bolnavi sunt scoase dela pasiv și trecute din nou în fișierul activ al dispensarului înregistrându-se ca bolnavi readmiși. Aceștia vor fi socotiți în statistica morbidității ca bolnavi noi, spre deosebire de bolnavii veniți prin transferare dela alte dispensare și care vor fi luați în evidență, fără a fi înregistrați în statistica morbidității bolnavi noi.

Ca și la indicele de morbiditate, la interpretarea indicelui de evidență se va ține seama că valoarea lui este în funcție de: a) vechimea dispensarului, de gradul lui de organizare, de numărul și calificarea cadrelor, capacitatea de depistare, de măsura în care s'a încadrat în obiectivele de plan. b) De stadiul și întinderea endemiei, de condițiile economico-sociale și geografice ale teritoriului și populației respective.

Se va mai ține seama în prelucrarea datelor statistice și interpretarea lor, de deficiențele care mai există încă în evidența primară și sistemul de raportare și de faptul că nu sunt însușite pretutindeni criterii unitare de înregistrare a bolnavilor în fișier și de scoatere din evidență, aceste operațiuni făcându-se de multe ori fără a avea la bază criterii și metode științifice de apreciere. Nu sunt definite și delimitate noțiunile din nomenclatura utilizată curent în tuberculoză, cum este „codul morbidității" și termenii: activ, evolutiv, stabilizat, ameliorat, vindecat, recuperabil, incipient, etc. Este necesară o uniformitate a înțelesului acestor noțiuni, convențională desigur, pentrucă în definirea lor nu se pot împăca toate punctele de vedere, dar utilă în activitatea unităților tbc. pentru a avea o unitate de vedere în activitate și în interpretarea rezultatelor obținute. Această uniformizare se cere urgent rezolvată.

Curba trimestrială și anuală a evidenței ne arată creșterea sau scăderea stării de morbiditate, prin raportul care există între numărul bol-

navilor noi luați în evidență și al celor scoși din evidență prin vindecare sau deces. Această curbă este ascendentă în prima etapă a luptei antituberculoase organizate, când evidența crește prin depistarea activă a dispensarelor în primii ani dela înființare. Ulterior, pe măsură ce numărul bolnavilor noi se reduce, fiind depășit de numărul bolnavilor scoși din evidență, prin vindecare, curba începe să scadă ameliorându-se starea de morbiditate.

In mediul urban și industrial, indicele de evidență este mai ridicat decât în mediul rural, datorită pe deoparte unei mai bune organizări și eficiente funcționări a rețelei tbc., cât și a afluxului de muncitori din mediul rural, printre care se găsesc numeroși bolnavi, care deci nu sunt localnici, și care, cât timp sunt în câmpul muncii sunt în supravegherea și tratamentul dispensarelor, mărindu-le evidența. Când boala îi scoate din câmpul muncii, sunt internați în sanatorii sau se întorc în localitățile de origine, unde sunt înregistrate decesele lor. In faza actuală a endemiei starea de morbiditate pare mai ridicată în mediul urban și industrial decât în cel rural, iar mortalitatea mai scăzută.

Teritorializarea evidenței face posibilă o mai bună supraveghere a bolnavilor și focarelor din sânul populației, din întreprinderi, instituții și colectivități. Putem avea astăzi în dispensare o evidență a bolnavilor contagioși, o evidență a focarelor cu copii mici. Problema tuberculozei infantile trebue să constitue o preocupare deosebită a dispensarului datorită gravității tuberculozei la copilul mic și urmările evolutive ce le are la adolescent și adult.

Printr'o bună activitate de depistare și o sistematică anchetă epidemiologică, dispensarele pot avea o evidență reală a contacților urmărind raportul dintre numărul contacților și al bolnavilor și procentul contacților față de populație.

O evidență nominală a vaccinărilor BCG și revaccinărilor poate indica îmbolnăvirile la vaccinați și gravitatea formelor de boală la aceștia, demonstrând astfel eficacitatea vaccinării BCG.

Evidența bolnavilor de tuberculoză la rețeaua de adulți și profilactico-curativă din mediul rural. Decizia 388 prevede că unitățile din rețeaua de adulți trebue să cunoască pe toți bolnavii depe raza teritoriului, pentru a putea interpreta mai just unele fenomene morbide ce se ivesc la bolnavii de tuberculoză și pentru a lua măsurile profilactice în focar. In acest scop dispensarul tbc. va înainta lunar, spitalelor unificate, listele nominale ale bolnavilor înregistrați la dispensar în cursul lunei precedente, precum și schimbările survenite la bolnavii vechi.

In mediul rural evidența se ține la circumscripție în registrul de evidență a tuberculoșilor. Dispensarul tbc. raional, care este centrul statistic și conducătorul luptei antituberculoase trebue să-și organizeze o strânsă legătură cu circumscripția sanitară pentru o corectă evidență și control periodic al bolnavilor.

Sanepidurile, ca organe tehnice de conducere a luptei antiepidemice, au și sarcina planificării și îndrumarea luptei antiepidemice în ceeace privește măsurile de prevenire și combatere a tuberculozei. Pentru acest scop, dispensarele de tuberculoză vor comunica Sanepidului focarele noi de tu-

berculoză deschisă, pentruca Sanepidul să-şi exercite acţiunea sa de control şi aplicarea măsurilor antiepidemice.

Concluzii

Scopul esenţial al formelor de evidenţă şi raportare ale dispensarelor, este strângerea materialului de bază pentru caracterizarea endemiei în regiune şi pentru planificarea activităţii dispensarului. Planificarea combaterii tuberculozei se bazează pe studiul şi interpretarea indicilor privind problemele de răspândire a tuberculozei în diferite categorii de populaţie, probleme de morbiditate, mortalitate şi letalitate, pe grupe de vârstă, medii de proveniență, precum şi corelaţiile care există între acestea şi diverşi factori care influenţează mersul tuberculozei cum sunt: a) factori fiziologici — vârsta, sexul, alimentaţie; b) factori patologici — surmenajul, boli anergizante; c) factori epidemiologi — diverse ocazii de contaminare; d) factori economico-sociali şi de mediu — locuinţa, starea materială, nivelul sanitar, densitatea populaţiei, profesiunea şi condiţiile de muncă. Planificarea combaterii tuberculozei se mai bazează pe indicii care arată eficacitatea măsurilor profilactico-curative, indicate şi aplicate, măsuri care au avut ca bază orientarea antiepidemică.

Un astfel de studiu sistematic şi precis, privind documentarea primară, evidenţa situaţiei actuale a endemiei şi analiza indicilor calitativi, este posibil astăzi în cadrul dispensarului antituberculos.

Datele statistice şi indicii realizaţi de dispensare în activitatea lor şi în studiul ştiinţific al situaţiei locale a endemiei, sunt supuse apoi organelor superioare şi Insfitutului de Ftiziologie, pentru centralizare, analiză ştiinţifică, interpretare şi sintetizare.

★

МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ И УЧЕТА ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ЭНДЕМИИ

Автор излагает основные методы эпидемиологического изучения туберкулёза в целях установления размеров туберкулёзной эндемии. Для наблюдения за эпидемиологическим развитием туберкулёза, автор приводит показатели в связи с смертностью, заболеваемостью, распространеннем инфекции, болезненными состояниями и учётом больных, настаивая на взаимоотношениях, существующими между показателями, связанными с вопросами о распространенности туберкулёза среди различных групп населения и между факторами, которые влияют на развитие эндемии.

Статистическое изучение этих показателей во времени, а также по отношению к различным группам населения, в связи с средой, в которой отмечается случай, с возрастными группами и использование этих данных противотуберкулёзными учреждениями содействует познаванию и правильному толкованию положения эндемии на местах и оценке действенности мер борьбы с туберкулёзом.

На документационном материале, полученном при помощи методов статистического исследования, изложенных автором в своей статье и на основании изучения показателей, характеризующих эндемию, основывается планирование мер борьбы с туберкулёзом вообще и планирование работы противотуберкулёзного диспансера, на обслуживаемой этим диспансером территории.

★

METHODES D'ETUDE ET D'EVIDENCE DE L'ENDEMIE TUBERCULEUSE

Dans le but de faire connaitre l'endémie tuberculeuse, l'auteur expose les éléments de base utilisés dans l'étude épidémiologique de la tuberculose. Pour rendre possible l'étude de l'évolution épidémiologique de la tuberculose, l'auteur

présente les coefficients de la mortalité, de la morbidité, de la diffusion de l'infection, ainsi que les données concernant l'évidence des malades; il insiste sur les corrélations qui existent entre les coefficients de la diffusion de la tuberculose dans les différentes categories de population et les facteurs qui influencent l'évolution de l'endémie.

L'étude statistique de ces indicateurs en temps et par catégories de population, milieux de provenence et groupe d'âge et leur utilisation par les unités antituberculeuses contribuent à la connaissance et à l'interprétation de la situation locale de l'endémie et à l'appréciation de l'efficience de la lutte antituberculeuse.

Les matériaux documentaires, obtenus à l'aide des méthodes de recherche statistique, exposées par l'auteur, et de l'étude des indicateurs qui caractérisent l'endémie, servent comme base à la planification de la lutte contre la tuberculeuse en général et à la planification de l'activité du dispensaire antituberculeux dans la territoire desservi.

MĂRTURII CONTEMPORANE DESPRE ALIMENTAŢIA ŢĂRANULUI ROMÂN ÎN TRECUT

Prof. dr. BOLOGA V., conf. dr. GHELERTER I.
(Catedra de Istoria Medicinei dela IMF Cluj şi Catedra de Istoria Medicinei dela IMF Bucureşti)

Istoricii claselor exploatatoare conduşi de concepţia idealistă că mersul istoriei este determinat de viaţa şi activitatea unor „personalităţi", au negat rolul maselor populare în făurirea istoriei.

Impotriva acestei concepţii reacţionare, teza marxistă demonstrează că oamenii muncii, acei care creează toate bunurile vieţii, sunt adevăraţii creatori ai istoriei. Şi în literatura medico-istorică ca şi în aceea istorică din trecut, rolul activ al poporului nostru n'a fost scos în valoare. Atât cronicarii cât şi istoriografii claselor exploatatoare de mai târziu, nu s'au preocupat de problemele economice, sociologice, etnografice, sanitare ale maselor populare; ei ne-au dat descrieri ale vieţilor domnitorilor şi boerilor, lăsând la o parte faptele şi munca poporului. Nici călătorii străini care au vizitat în secolele trecute ţinuturile noastre, atraşi de interese materiale, n'au studiat viaţa poporului decât sub aspectul ei pitoresc; observaţiile lor privesc mai mult viaţa oraşelor în care se îngrămădea pătura conducătoare cu care aveau legături. Scrierile medicale — care încep să apară la noi dela începutul secolului al XIX-lea — întrucât se ocupă de chestiuni de igienă, se referă deseori mai mult la mediul urban. Rare sunt informaţiile pe care le găsim cu privire la felul de trai al ţăranului. Odată cu desvoltarea capitalismului în ţara noastră şi sub presiunea răscoalelor ţărăneşti, burghezia a început să se ocupe în mod demagogic de problemele vieţii ţărăneşti; măsurile care s'au luat în domeniul igienico-sanitar au rămas cele mai multe pe hârtie.

In ceea ce priveşte istoricul igienii rurale înainte de organizarea statului român modern — în afara unor rare excepţii, ca importanta lucrare a lui Iacob Felix: „Istoria igienii în România în sec. al XIX-lea şi starea ei la începutul sec. al XX-lea" — aproape totul este de făcut; istoriografia medicală românească are încă sarcina de a aduna şi prelucra în mod critic datele risipite în scrierile cronicarilor, istoricilor, călătorilor şi medicilor din trecut, de a se studia deasemenea folclorul medical şi medicina populară.

Lucrarea de față nu încearcă să facă o sinteză, nici să rezume scrierile istoriografilor medicali români în problema alimentației țăranului nostru. Ne propunem să reconstituim după datele câtorva scriitori contemporani demni de încredere, felul de a se hrăni al țăranului muncitor român de odinioară, văzut prin prizma igienii și de a confrunta aceste date cu unele din scrierile noastre medicale moderne.

Viața țăranului muncitor român a fost deosebit de grea în timpul orânduirii feudale și la începutul orânduirii capitaliste, la care se referă datele pe care le publicăm; ea avea să devină tot mai grea pe măsura creșterii exploatării burghezo-moșierești.

Războaiele victorioase pe care le-a purtat Rusia împotriva Turciei în decursul sec. XVIII și XIX, au adus progrese însemnate în desvoltarea Principatelor care se orientau tot mai mult spre Rusia, eliberatoare a popoarelor balcanice de sub jugul otoman. Pacea dela Kuciuc Kainargi (1774) și în deosebi pacea dela Adrianopole (1829) în urma căreia turcii pierd monopolul comerțului exterior al Principatelor, a dus la mărirea exportului, prin intensificarea exploatării agricole. Progresele realizate s'au făcut însă pe spinarea țărănimii muncitoare și a muncitorimii care se năștea ca clasă. Țărănimea, care avea de luptat cu dubla exploatare a stăpânirii turcești și a domnitorului și boerilor, era jefuită tot mai mult de rodul muncii ei, care se valorifica pentru export. In acest fel, standardul de viață al țăranilor muncitori scade mereu, alimentația lor devine tot mai insuficientă, ajungând în timpul regimului burghezo-moșieresc până la o subnutriție cronică. Incultura în care clasele exploatatoare au ținut în mod intenționat poporul, a făcut deasemeni ca țărănimea să nu folosească în chip rațional chiar puținele produse alimentare ce-i rămâneau. Se mai adăuga la mizeria țăranului faptul că desvoltarea agriculturii se făcea în mod extensiv și nu intensiv și cu unelte înapoiate.

Crunta exploatare a țărănimii muncitoare a dus la numeroasele răscoale țărănești din trecutul patriei noastre; începând cu răscoalele din Ardeal, acea dela Bobâlna din 1437, acea din 1514 condusă de Doja, ele au continuat în cursul secolelor cu răscoala din 1784 condusă de Horia, Cloșca și Crișan, cu răscoala maselor populare din 1821 condusă de Tudor Vladimirescu, cu răscoalele țărănești din 1888, 1892, 1894 până la marea răscoală din 1907. Aceste răscoale au fost înfrânte numai pentrucă țărănimea nu a avut conducătorul ei firesc, clasa muncitoare și partidul consecvent revoluționar.

Nivelul scăzut de trai al țărănimii, alimentația vegetariană insuficientă, prepararea defectuoasă a alimentelor, influența dezastruoasă a posturilor prelungite, rezultă din observațiile contemporane pe care le găsim începând dela sfârșitul secolului al XVII-lea. Din această perioadă avem informații care rezistă criticii istorice, ca și din sec. al XVIII-lea și prima jumătate a sec. al XIX-lea. Astfel, sunt scrierile unor învățați indigeni și străini ca Dimitrie Cantemir, Griselini, Sulzer, ale unor medici ca Andreas Wolff, Constantin Caracaș, Costache Vârnav, Iuliu Barasch, la care găsim date vrednice de încredere. Ceeace le face prețioase e faptul că ele se referă la aproape toate teritoriile României, interesant e faptul cât de unitar era și în trecut felul de trai al țăranului muncitor român de pretutindeni. In ceeace privește observația celor mai mulți autori asupra vitalității deosebite a țăranului român, aceasta a scăzut treptat cu inten-

sificarea exploatării; pe de altă parte, ea a fost mereu redusă de enorma mortalitate infantilă. Constantin Caracaș care a studiat starea sanitară a Munteniei la sfârșitul sec. al XVIII-lea arată că „din copii mor însă din lipsa unei igiene potrivite adesea trei pătrimi".

Dintre vechii scriitori care vorbesc despre țărănimea noastră, *Dimitrie Cantemir* în „Descrierea Moldovei", scrisă în latinește, în 1715, consideră plugarii din patria sa drept cei mai nenorociți de pe tot pământul. El îi socoate delăsători și lipsiți de prevedere; se mulțumesc să recolteze ceea ce le ajunge strict pentru viață „până la pâinea cea nouă" deși bogăția pământului e mare. Deaceea, atârnând soarta lor de intemperiile vremii, ușor sunt amenințați de foamete. Dacă țăranul are o vacă sau două, el crede că are destul pentru hrana familiei. Totuși, mai ales cei din Moldova de jos, sunt buni oșteni, pe când cei din Moldova de sus, sunt mai pașnici, în schimb buni gospodari.

Observații numeroase asupra țăranului nostru bănățean, din perioada 1774—1777, aduce istoriograful și naturalistlul italian *Francesco Griselini* [1]). Oțelit pentru muncă, obișnuit la toate intemperiile, el umblă în cel mai mare ger cu pieptul gol, doarme pe scânduri și pe pământ, se expune gerului și vântului, acoperit numai cu o manta lungă. Are „un temperament puternic", face copii mulți și ajunge în genere la o vârstă înaintată, mai ales în ținuturile muntoase. (Griselini citează cazurile unor oameni ajunși la 164 și 172 ani!?). Creșterea neartificială a copiilor îi scutește de multe boale. Deaceea, cu greu vezi români cocoșați și paralitici. Femeile lucrează greu în tot timpul sarcinei, nasc ușor, fără moașe învățate. A patra zi după naștere muncesc iarăși. Copiii nu sunt răsfățați. „Cu temperamentul lor sănătos, Valahii scapă de cele mai multe boale cărora omul le este supus. Din copii sănătoși ei devin flăcăi voinici și bărbați puternici și oțeliți".

Cam în același fel este descris țăranul din Ardeal și din Muntenia de *Fr. J. Sulzer* pe la 1770—80 [2]).

Intr'un loc el afirmă că „Valahii sunt oameni sănătoși". (Pag. 161), intr'alt loc: „cât de puține medicamente, aer sănătos, cumpătare, mulțumire și mișcare: iată ce cere natura... Valahul dela munte urmează acestei chemări și își trăiește viața mulțumit, fără griji ,până la cele mai adânci bătrânețI" (pag. 61. III). Sulzer citează deasemenea cazuri de longevitate, de ex.: al unui român din Rodna, tras pe roată în etate de 120 ani. Dar și latura negativă e însemnată de Sulzer: „Valahul de jos e plin de păduchi" (pag. 346, II). E neordonat.

Un distins medic maghiar și mare învățat, *Ștefan Weszpremi,* [3]) vorbind despre românii din Ungaria dela sfârșitul veacului al XVIII-lea, rămâne uimit cât de bine sunt ei acomodați la climatul țării și remarcă

1) Cf. traducerea lui *N. Bolocan* (1926) și Teza lui *V. Brate* (1935).

2) „Geschichte des transalpinischen Daciens" 1781 Cf. și tezele *A. Herschkovits* (1938) și *A P. Mehedinți* (1939).

3) Succinta Medicorum... Biographia „Centuria III, 1787, pag. 189—191 Cf. și *V. Bologa* în Rev. Ig. Soc. I., pag. 694—695 și An. Inst. Nat. Cluj, IV.

fecunditatea și longevitatea lor [1]). „Cauza vieții lor lungi, care a fost constatată de străini, se poate atribui nativității, dispoziției față de clima patriei și felului lor de a trăi".

Cam în aceeași vreme un medic italian, *Antonio Canestrini,* [2]) descrie românii din Transilvania („Ranc in Transylvania *numerosissima* (sic!) *gens Valachica* constituit, cuius vivendi modus sequens est"): Nu le pasă de frig, la care s'au obișnuit din tinerețe. Copiii umblă desculți chiar și în zăpadă. Au un trup puternic, robust, muschiulos, sângele bine temperat. Nu se sperie de primejdii.

Medicul sas *Andreas Wolff,* [3]) care a trăit între 1780—1800 în Moldova, ne dă o descriere savantă și amănunțită a stării sanitare a acestui Principat. Din păcate el vorbește aproape exclusiv numai despre orașul Iași și boerii al căror medic de casă era. Totuși, din câteva informații năzlețe se poate constata că și el considera țărănimea ca având o constituție rezistentă, fiind bântuiți aproape numai de inevitabilele boale infecțioase și epidemice, deși trăiește în condiții proaste.

In același an protomedicul Ungariei *Franz von Schraud* publică o foarte instructivă broșurică despre observațiile sale făcute în 1803 asupra scorbutului [4]). Vorbind despre cele văzute de el în Banat, ne descrie lipsa de prevedere a țăranului român: „...incuria sa pentru cele ale casei, indolența sa în gospodărie, puțina sa prevedere pentru viitor. Din vechime el cultivă porumbul [5]) și varza. Mai târziu s'a adăugat cultura grânelor și a cartofilor. Dar pe toate câmpurile se poate constata lipsa hărniciei... Grădinițele sunt cele mai neglijate, în ele se cultivă cel mult ceapă, usturoi și fasole. Pretutindeni are corfe împletite pentru păstrarea porumbului, dar nu are recipiente pentru conservarea grânelor, pe care nu le poate așeza nici în gropi, terenul fiind mlăștinos. Deaceea, el își vinde toamna toată recolta. Țăranul neamț e cumpărătorul, care pe urmă, primăvara, vinde românului aceleași grâne pentru însămânțare".

Cu multă pricepere — și cu dragostea îndurerată a celui care vorbește despre compatrioții săi obidiți — ne zugrăvește medicul bucureștean *Constantin Caracaș* [6]) starea țărănimii muntene de pe la 1820—28: „Țăranul duce o viață plină de osteneli și se hrănește prost, năpăstuit de dări neomenoase. Nealegându-se cu niciun câștig, nu lucrează bucuros, iar puținele economii și le cheltuiește la cârciumă. Din cauza hranei proaste și a muncii continue e slab. In genere, românii sunt de talie mijlocie, svelți și spătoși. Organismul lor e solid, însă puterea lor este mică... Cei dela munte diferă ceva, fiind mai tari, mai voinici și mai rumeni, iar locuitorii de pe lângă Dunăre sunt mai robuști decât cei ce locuesc în mijlocul țării; aceștia sunt palizi, uscățivi, debili, leneși și cam negricioși, din cauza stării nesănătoase a locului și a felului prost de trai. Totuși sunt vioi, trec ușor dela întristare și supărare la veselie

1) Pe la 1730 un medic militar austriac Joh. Georg Heinrich Kraemer, scrie din Banat: „Ungurii, sârbii și țiganii au mulți copii, dar cei mai mulți se găsesc la români". *Cf. Jos Stitzl:* „Der erste Temeschburger Oberarzt" in Med. Zeitschrift, XIII, pag. 223—230, Sibiu 1939.

2) „Pestis diagnosis", 1795, pag. 48 și urm.

3) „Beiträge", 1805. Cf. și teza lui *L. A. Seraciu* din 1927.

4) „Nachrichten von Scharbock", 1805, pag. 58—59.

5) Aci Schraud greșește. Porumbul a fost introdus la noi abia la începutul sec. al XVII-lea. Mai înainte românii cultivau pentru „mămăliga" lor meiul.

6) Cf. *Pompei P. Samarian* „O veche monografie sanitară" 1937. pag. 81—135

și bucurie. Înclină spre boale, dar se vindecă ușor, ceeace dovedește puterea lor vitală. Femeile sunt frumoase. Românii sunt fecunzi și au copii sănătoși. Fetele au menstruația între 13 și 15 ani, când se și mărită. Rahitici și cocoșați sunt rari. Longevitatea ar putea fi mare, dacă nu ar fi supuși boalelor endemice, mai ales frigurilor intermitente. In părțile muntoase se găsesc destui oameni între 80—100 ani. Din copii mor însă din lipsa unei igiene potrivite, adesea trei pătrimi. Țăranul e atras de cârciumă, care îi vatămă mult sănătatea. Tineretul joacă bucuros la horă, ceeace îi este folositor sănătății, când nu o face iarna în cârciuma îmbâcsită. In anotimpul rece, când n'are de lucru, românul doarme mult. Nu prea are încredere în doctori, în schimb se supune tuturor manoperilor babelor descântătoare, fie ele cât de vătămătoare".

Hrana românului a preocupat mult pe străinii care au trecut sau au trăit prin țările noastre. Toți observatorii insistă asupra caracterului ei unilateral vegetarian și asupra lipsei de variație, în ciuda bogăției pământului. *Crăiniceanu* dă un șir de mărturii dela unii autori clasici pentru Geto-Daci [1]). Alți autori închină pasagii, chiar pagini întregi, alimentației românilor. Dăm aici un rezumat al tuturor părerilor exprimate: Baza hranei o formează „mămăliga", odinioară din mei, după secolul al XVII din mălai de porumb. „Pâinea lor... e foarte rău preparată și mai rău coaptă. Mâncările lor obișnuite sunt foarte simple și se compun din vegetale, pe care le prepară cu mult usturoi, dar cu mai puțină sare. Salata și aluaturile le prepară cu untură de porc, iar în zilele de post cu ulei de in. Ei prăsesc o mulțime de găini, rațe, gâște și curci, dar mănâncă din ele numai arareori, când au cele mai mari sărbători. La Crăciun se mănâncă în cele mai sărace familii câte un purcel, iar la Paști un miel și scoverzi [2])" *(Griselini,* sec. XVII, Banat) „Valahii mănâncă fasolea cu multă plăcere" (ibidem). Polonezul *Bielski* în sec. XVI vede cum ostașii moldoveni care au luat parte la bătălia dela Obertin, au brânză de burduf și pâine albă frumoasă: contemporanul și compatriotul său *Strykovskky* care a fost în Principate în timpul unei foamete mari, a văzut cum populația se hrănea mai ales cu pepeni verzi. In general se poate constata că din pricina culturii neraționale a pământului și a fatalismului țăranilor, anii de foamete revin cu o regularitate înspăimântătoare. In astfel de vremuri de restriște hrana se compune din cele mai ciudate substanțe vegetale, culese din păduri, ca mălai de ghindă, jir, ciuperci, coceni de porumb, coaje de arbori, etc. Pe cât de modest e românul cu privire la alimentația sa proprie, când îi vine un străin în casă, îi oferă tot ce poate: „La masă, oricât ar fi de sărac, îți aduce mămăligă, lapte, brânză, unt, fasole, pește și chiar carne. Ouăle dacă le ceri, deasemenea îți stau la dispoziție. Nici vinul nu se plătește". (Sulzer II, pag. 365). „Când soarele este fierbinte, se lipsesc aproape 9 luni de orice fel de carne și de toate alimentele din regnul animal... mulțumin-

1) Cf. și Bologa-Lenghel (op. cit. la bibl.): Alimentație mixtă: carne de animale domestice, vegetale cultivate, vin, berea tracică, miedul. Pliniu: Preparau meiul. Același lucru îl afirma Priscus, contemporanul lui Atila, despre locuitorii Banatului de azi. Columella considera pe Geți ca mâncători de lapte.

2) Despre felul cum se servește mâncarea, Griselini spune: „...o față de masă murdară, un blid din care cu toții mănâncă în același timp și un singur vas de băut nu sunt desigur prea ademenitoare".

du-se cu pâine coaptă sub cenuşe şi pregătită din porumb, cu fructe proaspete şi alte alimente vegetale. Beau apa din Dunăre şi alte fluvii, le place mai ales varza acră şi aproape în fiecare zi beau o zeamă acră făcută din huşte de grâu fermentate, borşul. Mâncările calde le consumă mai mult dimineaţa şi seara decât la prânz. Când căldura este foarte mare, îşi răcoresc băuturile şi trupurile cu ghiaţă, pe care ţăranii o adună în gropi. Carnea de vită o mănâncă foarte puţin... Ea este înlocuită cu carnea de berbec şi slănina friptă". *Weszpremi,* sec. XVII, Banat). *Canestrini* după ce insistă asupra mămăligii şi hranei aproape exclusiv vegetale, spune că românii ardeleni mănâncă bucuros slănina crudă, lapte, zară. Iubesc varza crudă, fasolea, ceapa şi usturoiul, poamele. Folosesc mult uleiul de in. La 1785 medicul braşovean *Martin Lange* găseşte încă tot pe lângă mămăliga din porumb şi cea de mei şi hrişcă. *Enzenberg* (1786) constată în Bucovina un început de utilizare a cartofilor ca hrană. *Raicevich* (1786) constată în Principate că pe lângă mămăligă se mănâncă şi lapte, brânză şi peşte sărat. *Wolf* vede mâncându-se în Moldova păsat cu carne de oaie. *Schraud* constată că în Banat se mai mănâncă uneori carne de porc proaspătă şi afumată, peşte sărat. Varza înăcrită, în căpăţână, e singura legumă folosită iarna: moarea de varză se mănâncă cu pâine. In Muntenia la începutul secolului trecut *Caracaş* constată cât de neîngrijită şi neregulată e hrana ţăranului. Afară de eterna mămăligă cu ceapă şi usturoi mai gătesc uneori bucate făcute cu diferite ierburi, ciuperci şi fructe sălbatice, rareori fasole, bob, varză acră. In cele trei luni de dulce mănâncă şi lapte acru, brânză vârtoasă, ouă, peşte, îndeosebi sărat, foarte rar carne fiartă simplu, cu ceapă sau friptă. Cei din Ialomiţa şi de pe meleagurile Dunării se hrănesc mai bine, mâncând şi pâine, azimă, mămăligă de mei, peşte, carne de pasăre, de porc sau pastramă. Şi la munte se mănâncă mai bine. Masa, adică mămăliga, se ia de 3—4 ori pe zi. „Această hrană, deşi destul de bună cantitativ mai ales cea cu legume nu este destul de nutritivă, ca să corespundă cu grelele şi zilnicele lor osteneli" (Op. cit. pag. 177). „...De multe ori, dacă se duc undeva rămân nemâncaţi toată ziua... când au, nu economisesc, ci mănâncă tot, fără să se gândească la a doua zi" (Ibidem). *Vârnav* critică alimentaţia Moldovenilor spunând că mâncările sunt indigestibile.

Preţioase sunt şi mărturiile medicilor militari ruşi, care în timpul războaielor împotriva turcilor — războaie care au dus la slăbirea imperiului Otoman în a 2-a jumătate a sec. al XVIII-lea şi prima jumătate a veacului următor — au avut ocazia să studieze starea sanitară şi felul de trai al populaţiei din Moldova şi Muntenia. Observaţiile lor judicioase au fost consemnate în lucrări ştiinţifice valoroase, care azi ne servesc ca importante izvoare pentru istoria medicinii în Patria noastră.

Savantul medic şef al armatei lui Rumianţev, *Gustav Orraeus* studiind epidemia de ciumă din 1769—1771, ne dă o serie de informaţii cu privire la hrana moldovenilor. Citâm: „Mai puţin apreciate erau plăcintele moldoveneşti, care se pregătesc fără o fermentare prealabilă, din părţi egale de făină de grâu şi mălai. Oamenii noştri au înţeles de timpuriu că folosirea lor îngreunează stomacul şi este foarte dăunătoare. Aceste plăcinte sunt în prima zi consumabile, a doua zi însă se întăresc, devin vâscoase şi se înăcresc. Ele convin numai unui stomac foarte robust. Vinul

moldovenesc obișnuit este acrișor și nu prea alcoolizat. Din cauza acrimii sale crude el produce vânturi. Nu am găsit că el ar fi util, cu toate că am observat că oamenii din partea locului îl consumă ca o băutură obișnuită".

In 1816 medicul militar rus *Volfanger,* publică într'o revistă medicală din Petersburg, o lucrare „Despre bolile dominante în Moldova și Muntenia și despre tratamentul lor". In ea găsim următorul pasagiu cu privire la alimentația populației românești: „In intreaga țară nu există pâine adevărată din secară sau grâu. Roadele pomilor și ale grădinilor sunt în general puține și cele mai multe de proastă calitate; rareori au gust bun. In abundență se găsesc numai castraveți și pepeni care, dela jumătatea verii și până toamna târziu, servesc la orașe și sate în mod constant, copți sau verzi, ca aliment".

Doctorul *Cristian Vit,* colaboratorul lui Kiselev în marea sa operă de asanare și organizare sanitară a Principatelor, are în scrierile sale despre climatul Munteniei și Moldovei și molima valahică o seamă de observații care ne interesează în deosebi. El dă o descriere vioaie și competentă a felului de a trăi al locuitorilor din Principate.

Grija pentru o viață igienică este aproape inexistentă, lipsesc cele mai elementare măsuri pentruca populația să poată să trăiască la un nivel mai bun. Hrana ca și locuințele sunt nepotrivite, locuitorii sunt foarte indolenți, abia a șasea parte din pământ e cultivată. Guvernarea temporară rusă a făcut mult pentru asanarea orașelor și satelor, și a înființat o poliție sanitară mai bună [1]). Vit, ajunge la concluzia că ameliorarea stării poporului va fi numai atunci realizată când hrana lui va fi mai bună. Băuturile spirtoase, foarte dăunătoare în climatul Principatelor, consumate mult de locuitori, ar trebui eliminate complect.

Aproape toți autorii care au scris ceva despre hrana țăranului nostru insistă asupra severității și lungimii posturilor, cărora cei mai mulți le atribue o influență rea asupra sănătății. Medicii, semnalând turburările produse de posturi, ne descriu adesea diferite stări morbide pe care azi le putem identifica drept hipo și avitaminoze. *Tallar* scrie în 1756 următoarele: Biserica le ordonă să postească de patru ori în cursul anului. Aceste posturi, deși sunt foarte stricte, sunt ținute de mic sau mare cu atâta sfințenie, încât preferă să rabde orice, decât să treacă peste ele. Chiar și acei răufăcători, care nu se sfiesc să ucidă pentru bani sau să ardă cu fier înroșit, să fure cai și boi, din ce își fac o meserie — ar suferi cele mai teribile remușcări de conștiință, dacă ar greși în contra postului". „Postul Paștilor constă din șapte săptămâni și o săptămână albă, în care le este permis să mănânce ouă, unsoare, brânză și lapte. Postul Sf. Petru de două, trei, câteodată și patru săptămâni". „Postul Sf. Mării de două, trei săptămâni. Postul Crăciunului de 5 sau 6 săptămâni. Afară de asta mai postesc în tot decursul anului două, trei zile pe săptămână". „In postul Sf. Mării și în postul Paștilor, nici pește nu e voe să se mănânce" (pag. 18).

„Legumele sunt unica lor hrană zilnică, precum sunt ceapă crudă, usturoi, ridichi, varză acră, crudă sau fiartă în apă, dovleac sărat, puține legume de grădină, cum sunt varză dulce sau varză creață, gătită fără un-

1) Acest fapt este confirmat de *Constantin Vârnav* în lucrarea sa din 1836 „Rudimentum physiographiae Moldaviae" în care se poate citi la p. 55: „Mai de curând afacerile medicale ale Moldovei datoresc foarte mult Rușilor, ...care le-au așezat la foarte bună rânduială".

soare. Pâinea lor e un aluat făcut din făină de cucuruz și apă, care se fierbe, cu care mănâncă aproape zilnic fasole fără unsoare".

„O zeamă acră făcută din tărâțe dospite, oțet din bere, mere pădurețe fierte cu apă, în acestea se pune aluatul sus amintit. O zeamă aspră de varză acră tot cu acest aluat. Cine are destule mijloace își cumpără nu vin, ci rachiu, din care bea dintr'odată un pahar. Asta ar mai merge la așa mâncări, dar beau și mai multe pahare..."

„Această hrană curioasă se dă și copiilor mici, femeilor însărcinate, femeilor lăuze, oamenilor bătrâni și moșnegilor în timpul posturilor. Iar unii nici asta nu și-o pot procura și trăiesc și mai rău".

„Pe cât de mare este năzuința lor de a urma poruncile bisericii, tot atât de mare este și pofta lor — îndată ce încep sărbătorile Crăciunului — de a înlocui lipsa care au răbdat-o până atunci, cu cât mai multă carne. Nu iau masa în timpurile obișnuite la alte popoare, ci fierb ziua și noaptea și mănâncă fără sațiu carnea de porc friptă, care este mâncarea lor cea mai aleasă" (pag. 29).

„Preoților li se dau numai mâncări bine pregătite cu unsoare sau ulei. Ceilalți însă, care își câștigă pâinea cu lucrul mâinilor lor, duc lipsa de unsoare, ouă, lapte, brânză, pești, în unele sate nu au nici poame, nici legume de grădină, nici sare, ci fierb cu țipae și trestie și le lipsește de multe ori și uleiul" (pag. 35).

Rezultatul după Tallar e următorul: „Boala care lovește pe Valahi începe deobicei în ultimele două săptămâni ale postului Crăciunului, se înrăutățește către sfârșitul lui și nu durează niciodată mai mult decât până la Sf. Gheorghe. Câteva săptămâni înainte de această sărbătoare ei încep să iasă din bârloagele lor și să lucreze. Aerul curat și mișcarea oprește cursul boalei. Dacă însă în timpul boalei li se dau medicamente bune atunci boala dispare după 2—3 săptămâni, cel mult după o lună"

„Alimentația greșită nu strică numai bunei stări trupești a țăranilor români, ci produce în foarte multe cazuri și alterațiuni psihice intense, care pregătesc terenul pentru credințele lor demoniace. O agravare a tuturor fenomenelor se poate observa mai ales în legătură cu anotimpul, când bate vântul de miazăzi. La sfârșitul lunei Mai se mai pot observa la Români dureri de gură cu vesicule pe limbă, buze și gingii, mai ales la băeți".

Tallar mai constată că Sârbii din regiunile cercetate de el, deși postesc tot atât de sever ca și românii, nu sufăr decât foarte rar de „boala moroilor". El explică acest fenomen surprinzător prin faptul că în alimentele lor de post se pune întotdeauna foarte multă paprică, care-i ferește de turburările de care sufăr românii (vitamina C).

Mărturii asemănătoare găsim și la *Griselini* și *Canestrini*. *Sulzer* afirmă că „zilele de post, cu pește sau fără, fac aproape jumătate din an" (II, pag. 287) și că „mai bine lasă să moară omul sleit de puteri, decât să-i dea în zi de post o lingură de supă de carne" (I, pag. 287). *Schraud*, face cu bună dreptate legătura între postul Paștilor și apariția scorbutului (cu multe cazuri mortale), pe care în regiunile bănățene locuite de Șvabi și Români îl găsește exclusiv la cei din urmă. Ei nu mănâncă în acest răstimp decât mămăligă, borș și uneori pește sărat. *Caracaș* și *Barasch*, deasemenea insistă asupra faptului că întreg regimul alimentar al țăranului muntean e determinat de credințele sale religioase. Părerile autorilor con-

temporani asupra alcoolismului în pătura țărănească sunt foarte diferite după regiuni și timpuri.

Cantemir, afirmă despre Moldoveni că „beția nici nu o urăsc, nici nu o iubesc prea tare" și că „rachiul nu-l iubesc decât soldații, ceilalți nu beau decât un singur pahar și acela mic, înainte de masă". „Cei din Moldova, mai ales de jos și dela hotarele Munteniei, sunt mai iubitori de vin". *Tallar* găsește în Banat un oarecare abuz de alcool în timpul posturilor mari. *Griselini* afirmă că românii bănățeni se dau desfrâului băuturilor. *Sulzer* spune că „țăranii sunt mai aplecați la chef decât boerii, dar la beție se poartă mai frumos decât ei". *Weszpremi* povestește despre călugări că postind toată viața se mângâie, consumând mult spirt distilat din prune și grâne, vin și bere, astfel încât adesea îi lovește damblaua ; dar ei au învățat să se curarisească de această boală prin abstinență și bând apă. *Canestrini* accentuează că băutura românilor ardeleni e apa; le place vinul și rachiul, pe care îl beau uneori până ce se îmbată. *Schraud* crede că mâncarea grea și lipsită de variație în timpul postului, face pe români să abuzeze de băuturile spirtoase. Ca și Canestrini, *Caracaș* constată că băutura obișnuită a muntenilor e apa; când se duc la muncă grea, unii beau și puțină țuică ; numai în zilele de duminecă și sărbători, beau la cârciumă rachiu până ce se îmbată (pag. 203—237). *Vârnav* spune că țăranii moldoveni abuzează de băuturi spirtoase, în schimb *Derblich*[1]) constată că deși nu disprețuesc rachiul și vinul, *nici odată nu beau peste măsură. Barasch,* scrie că în Muntenia și Oltenia consumul vinului e atât de obișnuit, încât, chiar dacă nu poți găsi întotdeauna pâine, afli în schimb vin și în coliba țăranului celui mai sărac; țăranii beau și „apa vieții" (rachiul).

Mulți autori străini amintesc ca un „curiosum" braga, pe care o numesc „o băutură sănătoasă și răcoritoare". In Banat găsim și miedul. Berea — după *Wolff* — nu prea era cunoscută și folosită la noi. (Cf. *Crăiniceanu* și *Felix,* Op. cit). N'am găsit la autorii vechi citați mai sus, nimic despre uzul tutunului la țărani. La noi pare a se fi răspândit — mai ales în clasele de sus — abia în sec. XVII[2]). Pe gravuri și picturi din sec. XIX, găsim uneori țărani cu luleaua în gură. *Crăiniceanu* (Op. cit. pag. 322) afirmă că tutunul nu se consumă la noi în grad atât de mare ca în alte țări.

Foarte puțin insistă autorii vechi asupra problemei alimentării cu apă în mediul țărănesc. Un autor străin, vorbind despre Moldova în sec. XVII, arăta că în această țară câmpiile sunt udate de fântâni și râuri. *Troster,* spune că românilor le plac fântânile frumoase și că le construesc la țară, în munți și pe lângă drumuri. *P. Avril,* spune în schimb — la 1639 — că sălașurile moldovene sunt fără puțuri. (*Crăiniceanu,* pag. 41). Felix în scrierea sa postumă „Din istoria igienii" consacră capitole întregi apei în trecutul nostru. Dar datele sale se referă exclusiv la aprovizionarea cu apă a cetăților, târgurilor și orașelor. El presupune — pe drept cuvânt — că la sate se săpau puțuri sau se foloseau apele curgătoare. In „cărțile de miluire" se amintesc apele curgătoare de pe lângă sate sau câte un puț. Cert este că obiceiul de a capta ape și a le amenaja pentru uzul trecătorilor, e străvechi. Noțiunea de „spurcat", mai ales în legătură cu apa de băut și vasele, din care se mănâncă, e străveche și generală la toți românii. Folosirea apelor minerale pentru băi curative e tratată de mulți autori, de

1) „Land und Leute der Moldau und Walachei", 1859.
2) Cf. *D. I. Gavriliu:* „Contribuțiuni la istoricul tutunului", Iași 1929.

ex.: de *Griselini,* care aminteşte folosirea băilor Herculane de ţăranii din împrejurimi. Apa ca mijloc de lecuire magică în medicina populară („apa neîncepută", apa descântată, etc) — moştenire dela Daco-Geţi şi Celţi — este deasemenea amintită de contemporani.

★

Dacă problema alimentaţiei ţărănimii, nu a constituit o preocupare a igieniştilor burghezi, trebue să citäm exemplul precursor al marilor igienişti ruşi din sec. al XIX-lea, adevăraţii întemeietori ai igienei sociale. Astfel, *A. P. Dobroslavin* (1842—1889) a pus problema modului de trai al ţăranului la primul Congres al medicilor de Zenestve din Gubernia Petersburg, ţinut în 1875. In 1883, el iniţiază un concurs cu tema: „determinarea cantitativă şi calitativă a hranei consumată de ţăranii din anumite regiuni ale Rusiei". In 1885 o comisie formată şi prezidată de Dobroslavin în cadrul „Societăţii pentru protecţia sănătăţii poporului rus" studiază problemele alimentaţiei ţăranilor. O altă comisie a studiat problema alimentaţiei clasei muncitoare. A. P. Dobroslavin mai are meritul de a fi înfiinţat primul laborator analitic pentru examinarea produselor alimentare, în care se studia efectul fiziologic al diferitelor alimente asupra organismului. In acest laborator s'a studiat deasemenea pentru prima oară alimentaţia păturilor sărace al populaţiei: crupele de hrişcă, varza acră, cvasul, peştele sărat, ciupercile [1]).

Dealtminteri, sunt numeroase probleme asemănătoare în alimentaţia ţăranului român şi a ţăranului rus, în trecut. Astfel, în privinţa posturilor găsim date importante la marele savant *Lomonosov* (1711—1765). In vestita sa „Scrisoare către I. I. Şuvalov" din 1761, M. V. Lomonosov ridică printre alte chestiuni de medicină şi igienă şi problema posturilor. El cere insistent revizuirea posturilor şi fixarea lor în alte anotimpuri, deoarece aceste datini au fost aduse din Grecia, unde postul coincide cu anotimpul călduros. Lomonosov afirmă că „desfăşurarea neregulată a vieţii şi schimbarea bruscă a alimentaţiei sunt nu numai dăunătoare omului, dar şi mortale, astfel încât cei cari ţin posturile şi sărbătorile cu strictete, pot fi socotiţi ca sinucigaşi" [1]).

In ţara noastră, printre autorii care au combătut cu tărie posturile şi au arătat influenţa lor nefastă asupra sănătăţii ţărănimii au fost prof. G. Obedenaru [3]) şi prof. C. I. Istrati [4]) *G. Obedenaru* scrie „Cel mai rău din toate este că poporul posteşte 185 de zile pe an. Şi ce post riguros! Fără carne, fără ouă, fără brânză, fără peşte! Numai ierburi şi mămăligă, putem fi siguri că va suferi de dispepsie, de atonie, de o prostraţie a forţelor fizice de o incapacitate pentru munca intelectuală şi mai ales de o descurajare şi abatere morală". Obedenaru arată că postul cel mai sever, acel al paştilor, cade în timpul când ţăranul începe muncile cele mai grele.

De chestiunea alimentaţiei ţărănimii noastre se leagă şi importanta problemă a pelagrei. Fără a intra în fondul problemei care depăşeşte aceste

---

1) *Moisenco E. I.:* A. P. Dobroslavin „Sovietscaia Mediţina" Nr. 3, 1950 şi în Bibl. Anal. Rom. Sov. Nr. 57 Ed. Cartea Rusă, 1951.

2) *Gubergriţ A. I.:* M. V. Lomonosov şi importanţa lui în dezvoltarea medicinii ruse. „Clinicescaia Mediţina" Nr. 2, 1952 şi în Anal. Rom. Sov. Med. Gen. Nr. 1, 1953.

3) *Obedenaru G.:* Les Roumains, Dictionnaire Encyclopedique des Sciences, par A. Dechambre, Paris, 1877.

4) *Istrati C. I.:* Postul la români „Jurn. Soc. Ştiinţelor Medicale" Bucureşti 1879.

considerații, trebue arătat că pe măsura năspândirii porumbului (care se introduce în țara noastră în secolul al XVIII-lea, înlocuind meiul, cereala de căpetenie în vechime) și odată cu creșterea silnică a exploatării agricole care a dus la scăderea numărului de vite, alimentația țăranului muncitor devine tot mai mult vegetală. Lipsa din ce în ce mai accentuată din hrană a proteinelor animale, proastele condiții de recoltare și păstrare a porumbului datorite împilării boerești, mizeria crescândă, au dus la apariția pelagrei endemice în țara noastră, care a constituit un adevărat flagel. Pelagra, pe care marele savant patriot Victor Babeș o socotea „o rușine națională", „o boală a mizeriei" și al cărei leac îl vedea în împroprietărirea țăranilor, s'a extins an de an. După datele publicate de prof. Al. Obregia [1]), în 1894 s'au numărat 6694 cazuri de pelagră, în 1897, 19796. In anul 1900, după un prost an agricol aproape 40.000, iar în 1904, după o recoltă de pormub pierdut mai ales de săteni, numărul cazurilor a sporit la aproape 56.000, și acest număr a crescut neîncetat până în 1944.

Medicii cari au activat în mișcarea noastră muncitorească, cum au fost marii luptători N. P. Zubcu Codreanu și Ștefan Stîncă au arătat importanța problemei alimentației țărănimii muncitoare. Ei au făcut legătura între mizeria crescândă a țărănimii și a muncitorimii și condițiile economico-sociale și înțelegând că numai prin schimbarea acestor condiții se poate îmbunătăți starea sanitară a maselor muncitoare, au luptat pentru dărâmarea nedreptei orânduiri sociale, aducătoare de mizerie, de boli și foamete pentru popor. Astfel, *Nicolae Petrovici Zubcu Codreanu* (1850—1878) într'o scrisoare pe care o trimite unui prieten, în 31 Martie 1877 din Puești (Tutova) unde practica ca medic de plasă, arătând că enorma majoritate a țăranilor sunt nevoiți să-și vândă pământul sau vitele pentru a plăti dările, că-și vând munca mâinilor pe 4—5 ani înainte, scrie : „...Când văd cu ce se hrănesc țăranii noștrii, când văd că copiii abia luați dela sânul mumelor lor se hrănesc numai cu mămăligă, când văd locuințele țăranilor noștri, înțeleg cifrele... care constată o descreștere continuă a poporului român dela 1859 și până în zilele noastre [2]).

Ștefan Stîncă (1865—1897) în lucrarea sa clasică „Mediul social ca factor patologic". (Buc. 1891) studiind situația „muncitorilor noștri agricoli" descrie mizerabila alimentație a țăranilor, după datele Prof. C. I. Istrati; care arată că sunt sate întregi în care abea se găsește o ceapă în pământ, că în țara noastră mor oamenii de foame. „Ceace e curios și paradoxal e că aceasta se întâmplă într'o țară agricolă, de unde se exportă cereale în Europa care a ajuns chiar până a fi numită de gazetari Grânarul Europei și în care nu se află decât a 4 parte din populația ce cu fericire ar putea trăi în ea" [3]). Comentând această afirmație Ștefan Stâncă spune că nu s'ar putea găsi o mai puternică dovadă împotriva malthusianiștilor și adaugă : „Pământul României e devină că mor țăranii de foame sau altcineva! și dacă în altă parte e vina atunci desigur în mediul nostru social trebue căutată".

Marele nostru savant *Victor Babeș* a arătat substratul economic al

1) *Obregia Al.:* Raport asupra igienei publice și asupra Serv. Sanitar al României pe anii 1898—1904, „Minerva", Buc. 1907.

2) *O pagină din Socialismul Român.* Viața și activitatea lui Nicolae Zubcu Codreanu, 1880.

3) *Istrati C. I.* : O pagină din istoria contemporană a României din punctul de vedere medical, economic și național. Buc. 1880.

pelagrei și a insistat asupra legăturii dintre mizeria socială și tuberculoză și mortalitatea infantilă. In „Boalele țăranului român" (Buc. 1901) Victor Babeș arată urmările nefaste ale proastei alimentații a copiilor de țărani și denunță nepăsarea statului burghezo-moșieresc față de marile probleme ale sănătății maselor: „Aproape toată chestiunea degenerării țăranului se rezumă la buna îngrijire a copiilor mici. Degeaba natalitatea e mare la țărani căci jumătatea copiilor mor în primul an al vieții și este încă de mirare că cealaltă jumătate scapă de moarte. Puțini copii sunt hrăniți în timpul necesar cu laptele mumei, însă chiar aceștia trebue să se mulțumească cu laptele unor mame slăbite, bolnave, rău nutrite, obosite de muncă grea, astfel încât copilul mic abea găsește laptele necesar în sânul mamei sale, cei mai mulți capătă lapte prost, mămăligă, varză și alte mâncări indigeste pentru stomacul copilului. Copiii sunt duși la câmp și rămân expuși soarelui ore întregi fără nicio îngrijire. Apoi capătă indigestie, diaree, dizenterii și să prăpădesc. Ce face astăzi statul față de această stare dezastruoasă? Putem afirma că nu face nimic".

Mizeria țărănimii muncitorae, subnutriția cronică care favorizează marea mortalitate si morbiditate generală și mai ales infantilă s'au accentuat tot mai mult în ultimii zeci de ani de oblăduire burghezo-moșierească, în perioada imperialismului.

Prof. *I. Nitzulescu* studiind metabolismul alimentației populației unde [1]) spune că toate anchetele mai vechi sau mai recente care au studiat alimentația țăranului român, au ajuns la concluzii similare. „Regimul alimentar rural, e rău echilibrat și insuficient, în unele regiuni ale țării e atât de insuficient încât reprezintă un pericol social". Arătând întinderea pelagrei, autorul spune că ceeace caracterizează în definitiv regimul pelagrogen este pe de o parte monotonia și abuzul excesiv de porumb și pe de altă parte reducerea mai ales în cele 180 de zile de post ale anului până aproape la 0 a proporției de proteine animale și de alimente protectoare.

Prof. *Gr. Benetato,* din ancheta făcută în munții Apuseni [2]) și din anchetele făcute de alți autori în diferite regiuni ale țării ajunge la concluzia că „jumătate din populația studiată în deosebi cea din mediul rural se hrănește insuficient din punct de vedere cantitativ și nepotrivit din punct de vedere calitativ", că este într'o stare de subnutriție, iar restul populației întrebuințează un regim sărac în principii nutritive plastice si esențiale (proteine, minerale și vitamine).

Aceasta a fost situația pe care ne-a lăsat-o regimul burghezo-boșieresc în domeniul alimentației țărănimii muncitoare

★

Odată cu formarea Partidului Comunist Român, a început în țara noastră lupta organizată pentru făurirea alianței dintre clasa muncitoare și țărănimea muncitoare, care a dus îndată după 23 August 1944 la înfăptuirea reformei agrare.

---

1) *Nitzulescu I.:* Metabolismul alimentației populației rurale „Rev. de Igienă Soc." an. X. 1940 Nr. 1—6.

2) *Benetato Gr.:* Ancheta asupra alimentației țăranului din munții Apuseni „Clujul medical", 1936 Nr. 11 și 12. Considerații generale asupra problemei alimentare „Rev. de Igienă Soc." an. X, 1940, Nr. 1—6.

Așa cum arată tovarășul Gh. Gheorghiu-Dej [1]). „După ce țara noastră a păşit pe drumul construirii socialismului, în viața țărănimii muncitoare s'au produs transformări profunde. Desființarea moșierimii ca clasă și împărțirea a peste 1.000.000 ha. de pământ țăranilor săraci și mijlocași, politica permanentă de sprijinire materială a țărănimii muncitoare, lichidarea impozitelor excesive, a datoriilor către băncile capitaliste și către cămătari, precum și politica de îngrădire a exploatării chiaburești au stăvilit procesul de pauperizare a țărănimii muncitoare, au dus la ridicarea nivelului ei de trai".

Gospodăriile agricole colective și întovărăşirile de lucrare în comun a pământului au dat rezultate importante în sporirea productivității agricole, ridicând continuu starea materială a membrilor lor. Ultimele măsuri luate în urma hotărîrilor plenarei C.C. al Partidului Muncitoresc Român din August 1953 sunt chemate să aducă mari îmbunătățiri în starea țărănimii muncitoare; investițiile pentru agricultură se vor ridica dela 7,2% din totalul investițiilor pe 1953 (după planul inițial) până la 16,7% în 1955.

Alături de ridicarea nivelului de trai, măsurile luate în domeniul asistenței medico-sanitare în mediul rural au dus la scăderea considerabilă a morbidității și mortalității generale și infantile; numărul cazurilor de pelagră a scăzut în proporții impresionante. A crescut în mod considerabil rețeaua de unități sanitare și numărul de cadre medicale și medii sanitare care activează la țară și cărora li se asigură azi prin noua salarizare, condiții tot mai bune de muncă. Numărul dispensarelor de circumscripție rurală a crescut cu aproape 100% față de cel existent în 1938, numărul spitalelor rurale cu peste 30% față de 1948. Funcționează astăzi în satele noastre 1.000 de centre de lapte, 2500 de bucătării dietetice pentru copii, peste 3700 puncte farmaceutice pe lângă cooperativele de consum, care n'au existat de loc în trecut. Se acordă o atenție deosebită asistenței medicale în sectorul agricol socialist. In acest fel, mortalitatea generală în mediul rural a scăzut cu 37% față de 1938, iar mortalitatea infantilă cu 40,3% iar în luna Iunie 1953, s'a înregistrat cel mai scăzut coeficient de mortalitate infantilă atins vreodată în țara noastră.

Astfel prin lichidarea condițiilor neomenoase din trecut, a groaznicei mizerii, o cale nouă luminoasă s'a deschis țărănimii muncitoare din patria noastră.

BIBLIOGRAFIE

1. *Felix* Iacob : Istoria igienei în România în sec. al XIX-lea și starea ei la începutul sec. al XX-lea. București *Anal. Acad. Rom.* Partea I (3 memorii) Seria II Tom. 23, 1901, Partea II (2 memorii), ibidem Tom. 24. — 1902.
2. *Felix* (Iacob) : Alimentația săteanului. *Anal. Statist. și econ.* de D. P. Marțian Buc. 1861.
3. *Crăiniceanu* (Gheorghe) : Igiena țăranului român, Buc. 1895.
4. *Manolescu* (N.) : Igiena țăranului. Buc. 1895.
5. *Bologa* (Valeriu L.): Alimentația Românilor Bănățeni în sec. XVII-XVIII. *Rev. de igienă soc.* No. 8, Buc. 1931.
6. *Bologa* (Valeri L.): Raportul din 1756 al unui chirurg german despre credințele Românilor asupra moroilor. *Anuarul arhivei de folklor.* 3, Buc. 1935.
7. *Bologa* (Valeriu) și *Lenghel* (Alex.) : Fragmente pentru reconstruirea medicinei și igienei populare în Dacia pre-romană. *Clujul medical.* II. No. 8, Cluj 1930.

1) *Gh. Gheorghiu-Dej:* Alianța între clasa muncitoare și țărănimea muncitoare, chezășia succesului în opera de construire a socialismului în România. „Pentru pace trainică, pentru democrație populară" Nr. 45 (261), 1953.

8. *Iorga* (N.): Ancieneté dela culture du mais en Roumanie. *Bul. sect. hist. Acad. Roum.* 1921.
9. *Iorga* (N.) : Constatări istorice cu privire la viața agrară a Romînilor. Buc. 1908.
10. *Istrati* (C. I.) : Postul la Romîni *Jurn Soc. şt. med.* Buc. 1878.
11. *Istrati* (C. I.) : O pagină din istoria contemporană a Romîniei. Buc. 1880.
12. *Kogălniceanu* (M.) : Imbunătățirea soartei țăranului, 1868.
13. *Rigani* (G.): Cîteva cuvinte asupra alimentațiunii rurale. Teză, Buc. 1890.
14. *Cantemir* (Demetrius): Descriptis antiqui et hodierni status Moldaviae, Petropoli, 1761.
15. *Griselini* (Fr.) : Versuch einer politischen Geschichte des Temesvarer Banats. Wien 1780.
16. *Griselini* (Fr.) : Istoria Banatului Timişan. trad. de N. Bolocan. Buc. 1926.
17. *Brate* (Vasile) : Informații medico-istorice şi de etnografie medicală în istoria Banatului Timişan de Griselini. Teză Cluj, 1935.
18. *Sulzer* (Fr. Jos): Geschichte des transalpinischen Daciens, 2 vol. Wien 1782.
19. *Herschkovitz* (Adalbert) : Ştirile de interes medico-istoric din articolele I—32 ale cărții lui Sulzer „Geschichte des transalpinschen Daciens", Teză Cluj, 1938.
20. *Mehedinți* (Ana Pia) : Starea medicinei şi igienei la Români din cea de a doua jumătate a sec. al XVIII-lea după informațiuni din „Geschichte des transalipinischen Daciens" de Fr. I. Sulzer. Teză Cluj 1939.
21. *Weszpremi* (Stephanus) : Succinta medicorum Hungariae et Transilvaniae Biographia Tomus IV. (centuria III, Decas I—II, pag. 189—191) Viennae, 1787.
22. *Canestrini* (Antonio) : Pestis Diagnosis maxime ex ejus contagio haurienda. Salisburgi, 1795.
23. *Wolff* (Andreas): Beitnage zu einerhistorisch — statistichen Beschreibung der Moldau 2 vol. Hermannstadt (Sibiu), 1805.
24. *Seracin* (Liviu) : Medicina în Moldova între 1780 şi 1800, după descrierea doctorului Andreas Wolff. Teză, Cluj, 1927.
25. *Schraud* (Franț) : Nachrichten von Scharbock in Ungarn im Jahre 1803. Wien, 1805.
26. *Samarian* (Pompei P.) : O veche monografie sanitară a Munteniei de dr. Const. Caracaş. Buc. 1937.
27. *Caracaş* (Const.) : Topografia tis Vlachias. Buc. 1930.
28. *Lange* (Martinus) : Recensio remediorum praecipuorum Transylvanicis domesticorum Offenbach, 1788.
29. *Rațiu* (Ioachim) : Martini Lenge Recensio remediorum. Teză, Cluj, 1932.
30. *Orraei* (Gustavi): Descriptio pestis Quae anno MDCCLXX in Iassia et MDCCLXX, în Moscova kassata est. Petropoli, 1784.
31. *Bologa* (V.) şi *colab.*: Contribuții la studiul legăturilor medicale româno-ruse, Buc. 1952.
32. *Volfanger:* O bolezniah V. Moldarii i Valahii gospodstvuiscih i leceni ih. In: *Vseobşii Jurnal Vracebnoi Nauchii,* S. Petersburg, 1816, No. 1.
33. *Vit* (Cristian) : O svoisvah climata Valahii i Moldovii i tac nazâvaemov valahscoi iazâv catarala svirepstvovala vo vtoroi ruscoi armii vâ prodeljenii poslenei turețcov voinâ St. Petersburg, 1842.
34. *Vit* (Cristian): Uber die Eigentidmlichkeit des klimats der Moldau und die sogenannte Wallachische Seuche (trad. de V. Thealberg) Leipzig — Dorpat, 1844.
35. *Ivacenco* (Oleg) : Părerile medicului rus dr. Cristian Vit despre molima valahică. Teză Cluj, 1938.
36. *Tallar* (Georg) : Visum repertum anatomico-chirurgicum der Grundlicher Berich von den sogenannten Blutsäugern, Vampier, oder in des Walachischen Sprache Moroi in der Wallachej, Siebenbürgen und Banat, Welchen eine eigens dahin abgeordnete Untersuchungs Kommission der lobel K. K. Administration im Jalvoe 1756 ernstattet hat. Wien-Leipzig 1784.
37. *Barasch* (Julius): Beiträge zur kentniss der mädizinisch endemischen Verthältnisse der Valachiei *Weiner* med. Wochenscrift. Vol. 4 şi 6 Wien 1854 şi 1855.
38. *Derblich* (W.) : Land un Leute der Moldau und Walahiei prag. 1859.
39. *Bologa* (Valeriu L.) : Contribuțiuni la cunoaşterea igienei rurale în trecutul nostru, Bucureşti, 1940.
40. *Moisecenco* (E. I.) : A. P. Dobroslavin. *Sovietscaia Mediține.* Nr. 3 1950.
41. *Gubergrit* (A. I.) : M. V. Lomonosov şi importanța lui în dezvoltarea medicinii ruse. *Clinicescaia Mediține,* Nr. 2, 1952.
42. *Obedenaru* (G.): Les Roumains, Dictionnaire Encyclopedique des sciences par. A. De chambre, Paris, 1877.
43. *Obregia* (Alex.): Raport asupra igienei publice şi asupra Serviciului Sanitar al României pe anii 1898—1904. Buc. 1907.
44. *O pagină din Socialismul Român.* Viața şi activitatea lui Nicolae Zubcu Codreanu, 1880.

45. *Stîncă* (Ştefan) : Mediul social ca factor patologic, Buc. 1891.
46. *Ghelerter* (Iuliu) şi *Horodniceanu* (Bazil): Ştefan Stîncă. Acad. R.P.R. Buletinul Ştiinţific. Sect. Şt. Med. T. V. Nr. 3, 1953.
47. *Bateg* (Victor) : Boalele ţăranului român. Buc. 1901.
48. *Nitzulescu* (Iuliu) : Metabolismul alimentaţiei populare rurale. Rev. de igienă soc. X. 1910 Nr. 16.
49. *Benetato* (Gr.) : Anchetă asupra alimentaţiei ţăranului din munţii apuseni, Clujul medical, 1936 Nr. 11/12.
50. *Benetato* (Gr.) : Consideraţii generale asupra problemei alimentare *Rev. de Igienă soc.* an. X, 1940, Nr. 1—6.

★

СВИДЕТЕЛЬСТВА СОВРЕМЕННИКОВ В СВЯЗИ С ПИТАНИЕМ РУМЫНСКОГО КРЕСТЬЯНИНА В ПРОШЛОМ

Целью работы является восстановление — на основании данных некоторых писателей — современников, заслуживающих доверия — картины питания румынского трудового крестьянства в прошлом.

В XIX веке, вместе с развитием капитализма, с повышением экспорта зерновых продуктов, применением экстенсивных методов в земледелии, развивается также и жестокая эксплоатация трудового крестьянства: жизненный стандарт румынского крестьянина понижается и его питание становится все более и более плохим.

Первые указания в связи с питанием румынских крестьян мы находим у писателей конца XVII столетия, у писателей XVIII, а затем и XIX столетия; среди этих писателей были: Димитрий Кантемир, Фр. Гриселини, Ф. Ж. Сулцер, Стефан Вецпрени, Антонио Канестрини, Франц фон-Шрауд, Константин Каракаш, Константин Вырнав, Юлий Бараш. Интересные указания в связи с этим вопросом находятся также и в свидетельствах русских военных врачей, работавших в XIX столетии на территории Румынских княжеств.

Необычайная жизнеспособность румынского крестьянина, которая подчеркивается в особенности в первых письменных памятниках, постепенно понижается вместе с усилением эксплоатации. Все вышеупомянутые авторы говорят об однообразии и односторонности питания румынского крестьянина. Основной его пищей была мамалыга; кроме мамалыги румынский крестьянин, в качестве пищи, пользовался главным образом растительными продуктами. Животные белки почти совершенно отсутствовали в пище. Ко всему этому присоединялись также и религиозные посты, которые должны были соблюдаться вне зависимости от времени года и рабочей поры.

Недостаточное питание детей младшего возраста подчеркивается многим авторами.

Во второй половине прошлого и в начале XX столетия, о питании румынского крестьянина писали врачи — прогресисты Зубку Николай, Петрович-Кодреану, Станка Стефан и наш великий учёный профессор Бабеш Виктор. Все они указывали на то, что плохое питание румынского крестьянства и болезни появляющиеся в результате подобного питания находятся в прямой зависимости от социально-экономических условий.

В период империализма хроническое недоедание румынского трудового крестьянства усилилось, что и было показано в работах произведенных профессорами И. Ницулеску и Гр. Бенетато.

В результате ликвидации безчеловечных условий прошлого, в настоящее время в Р.Н.Р. открыты трудовому крестьянству новые пути.

★

TEMOIGNAGES CONTEMPORAINS CONCERNANT L'ALIMENTATION DANS LE PASSÉ, DU PAYSAN ROUMAIN

Dans ce travailles auteurs se proposent de reconstituer, d'après les données de certains auteurs contemporains, dignes de toute confiance, l'aspect de l'alimentation du paysan roumain d'autrefois.

Pendant le XIX-ème siècle, en même temps que le développement du capitalisme, l'exportation des céréales, l'agriculture extensive, les paysans travailleurs sont, de plus en plus, cruellement exploités; leur standard de vie baisse continuellement, ainsi que leur alimentation, qui devient de plus en plus mauvaise.

On trouve les premières citations concernant l'alimentation du paysan roumain, vers la fin du XVII-ème siècle, pendant le XVIII-ème et au commencement du XIX-ème, dans les travaux de Dimitrie Cantemir, Fr. Griselini, F. J. Szulzer, Stefan Veszjreni, Antonio Canestrini, Franz von Schrand, Const. Caracas, Const. Vărnav, Iuliu Barasch. On trouve aussi des témoignages intéressants chez les médecins russes qui ont activé dans les Principautés pendant le XIX-ème siècle.

La vitalité remarquable du paysan roumain, accentuée surtout dans les premiers travaux, a baissé graduellement; en même temps que l'intensification de l'exploitation. Tous les auteurs cités décrivent l'unilatéralité de l'alimentation du paysan roumain. L'aliment de base est constitué par la „mamaliga" (bouillie de farine de maïs, polenta), et en plus surtout par les végétaux. Les protéines animales sont presque inexistantes et à cette situation contribue aussi les jeûnes, qui sont imposés sans tenir compte ni des saisons, ni des périodes de travail.

L'alimentation défectueuse des enfants en bas âge est soulignée par de nombreux auteurs.

Dans la seconde moitié du dernier siècle et au commencement du XX-ème, ce sont les médecins militants Nicolae Zubru, Petrovici Codreanu, Stefan Stanca et notre grand savant V. Babeș, qui ont décrit l'alimentation du paysan roumain. Ils ont montré que la mauvaise alimentation du paysan roumain et les maladies qui en sont la conséquence, sont directement liées aux conditions social-économiques.

Les sous-nutrition chronique de la masse paysanne s'est accentuée pendant la période impérialiste, fait illustré par les résultats des auteurs prof. I. Nițulescu et Prof. Gr. Benetato.

Par suite de la liquidation des conditions inhumaines du passé, une voie nouvelle s'ouvre à la masse paysanne travailleuse. dans la R.P.R

BARSUCOV M. I.: Unele probleme ale teoriei şi practicei ocrotirii sovietice a sănătăţii în lumina rezoluţiilor Congresului al XIX-lea al Partidului Comunist al Uniunii Sovietice. Sovietscaia Medţina, Nr. 5, 1953, Medghiz, Moscova (pag. 5—12).

Rezoluţiile celui de al XIX-lea Congres al Partidului Comunist al Uniunii Sovietice şi lucrarea clasică a lui I. V. Stalin „Problemele economice ale socialismului în U.R.S.S." au o imensă însemnătate organizatorică şi principială pentru teoria şi practica ocrotirii sovietice a sănătăţii.

In geniala sa lucrare, I. V. Stalin a descoperit şi a formulat trăsăturile şi caracteristicile principale ale legii economice fundamentale a socialismului. Acţiunea acestei legi duce la mărirea neîncetată a forţelor de producţie din ţară, la creşterea neîntreruptă a bunăstări materiale şi culturale a muncitorilor din oraşe şi din sate, la construirea societăţii comuniste.

In anii puterii sovietice, au fost obţinute succese importante în domeniul ocrotirii sănătăţii: personalul sanitar mediu şi superior a crescut calitativ şi cantitativ, reţeaua de instituţii curativo-profilactice şi sanitaro-antiepidemice s'a întins asupra întregului teritoriu al Uniunii Sovietice, realizările din domeniul acrotorii mame şi a copilului stârnesc admiraţia tuturor prietenilor U.R.S.S.

In directivele pentru cel de al cincilea plan cincinal de desvoltare a U.R.S.S., se prevede o lărgire însemnată a reţelei de spitale, dispensare, case de naştere, creşe etc. Congresul a hotărît creşterea numărului de medici, cu cel puţin 25% şi lărgirea măsurilor pentru ridicarea calificării lor.

Şi în ţările de democraţie populară, medicina înfloreşte ducând la rezultate necunoscute înainte. Diametral opusă este situaţia ocrotirii sănătăţii în ţările capitaliste, unde medicina este în slujba numai a claselor avute, fiind un instrument în mâna lor.

Pentru a putea realiza cât mai bine hotărîrile Congresului al XIX-lea al P.C.U.S., este necesar să se analizeze cât mai amănunţit noţiunea de ocrotire sovietică a sănătăţii. Teza leninist-stalinistă despre unitatea teoriei şi a practicei trebue să stea la baza determinării conţinutului acestei noţiuni complexe, în care intră, după părerea autorului, următoarele elemente: organizarea asistenţei curativo-profilactice, ştiinţa medicală şi pregătirea cadrelor.

Fiind construită pe principiul unităţii, gratuităţii şi a accesibilităţii asistenţei medicale calificate, ocrotirea sovietică a sănătăţii este un sistem planificat de măsuri administrative şi sociale complexe (profilaxie, tratament, lichidarea bolilor cu răspândire în masă şi a traumatsmului) fundamentate ştiinţific şi urămird desvoltarea maximă a forţelor fizice şi creatoare ale constructorilor activi ai societăţii comuniste.

Este injust să se creadă, că teoria ocrotirii sovietice a sănătăţii trebue să includă numai elemente de ordin organizatoric, deoarece această concepţie ar duce la limitarea şi sărăcirea bazelor

teoretice. Astfel, de probleme, ca noţiunea despre sănătate şi boală, despre unitatea organismului cu mediul, problema integrităţii oranismului, a nervismului şi a ereditătii, constitue baza teoretică a ocrotirii sănătăţii, de care depinde nu numai fundamentarea ştiinţifică corectă a principiilor organizatorice, ci şi însăşi sistemul deservirii medicale a populaţiei.

Teoria leninist-stalinistă despre condiţiile vieţii materiale a societăţii, biologia miciurinistă şi fiziologia pavlovistă permit să se abordeze în mod just, ştiinţific, problema organismului şi a mediului, problema interacţiunii mediului extern şi a organismului omului (din punct de vedere social şi biologic) şi deci şi sarcinile profilaxiei, ca verigă fundamentală a ocrotirii sovietice a sănătăţii. O profilaxie adevărată, în înţelesul sovietic al cuvântului, este posibilă numai în cadrul victoriei revoluţiei socialiste, ca o funcţie a orînduirii socialiste, ca o parte integrantă a ocrotirii sovietice a sănătăţii, considerată ca un întreg.

EFREMENCO A. A.: Istoria ştiinţei patriei, rolul cercetătorilor ruşi în crearea ştiinţei despre antigenele microbiene. Jurnal Microbiologhii, epidemiologhii i imunologhii, Nr. 5, Medghiz, Moscova (pag. 61—66).

Una din problemele cele mai importante ale microbiologiei a fost studiul compoziţiei chimice a celulelor microbiene şi a substanţelor care condiţionează apariţia intoxicaţiei în organismul infectat. Această problemă a constituit o preocupare a cercetătorilor ruşi încă dela sfârşitul secolului a XIX-lea şi începutul secolului al XX-lea. Astfel, un reprezentant de seamă al ştiinţei medicale ruse, prof. Cravcov, a afirmat încă din anul 1901, că lupta împotriva infecţiilor depinde nu numai de cunoaşterea proprietăţilor exterioare ale microbilor, dar şi de cunoaşterea compoziţiei lor chimice, ceeace permite medicului să acţioneze în mod eficace împotriva infecţiilor date.

Primul cercetător care a reuşt să izoleze prin mijloace chimice principiul activ din celula microbiană, a fost M. V. Nenţchi, directorul secţiei de chimie al Institutului de medicină experimentală din Petersburg între anii 1891—1901. M. V. Nenţchi a arătat în anul 1879 că microbii pot fi separaţi de mediul înconjurător cu ajutorul acizilor; masa obţinută a fost tratată cu hidroxid de potasiu diluat şi cu acid clorhidric până la saturaţie, după care s'a adăugat o soluţie sub formă de flocoane, care a primit denumirea de microproteină şi care a fost studiat ulterior din punct de vedere chimic. Asemenea substanţe proteice au fost extrase de Nenţchi din bacterii de putrefacţie din drojdie de bere, precum şi din bacilii antraxului, autorul observând foarte just că substanţele proteice extrase din microbi sunt foarte variate şi că în general, proprietăţile biologice ale germenilor microbieni sunt condiţionate de compoziţia chimică diferită a celulelor microbiene.

Metoda lui Nenţchi a fost utilizată de o serie de cercetători străini (Wildridge, Buchner, van Bermengen, Brieger etc.).

In aceeaş perioadă, savanţii ruşi au întreprins cercetări privind studiul celulelor microbiene şi al produselor acestor celule. Astfel, în anul 1886, au fost publicate lucrările lui V. P. Sirotinin, unul din primii profesori de bacteriologie din Rusia. Acest cercetător a studiat efectul produs prin introducerea culturilor vii şi omorîte de bacili tifici la animale de laborator şi a descris tabloul clinic al infecţiei tifice experimentale la iepure şi cobai, precum şi leziunile macroscopice şi microscopice dela nivelul diferitelor organe.

Cu această ocazie el a emis ipoteza că substanţa toxică a bacililor tifici are o origină intracelulară şi că simptomele morbide şi moartea animalelor sunt condiţionate de intoxicaţia cu această substanţă.

Observaţii similare au fost făcute de V. C. Viscovici, care a studiat bacilul antraxului, precum şi de D. P. Cosorotov.

Toate aceste date au fost confirmate în modul cel mai strălucit de N. F. Gamaleea, între anii 1888—1892. N. F. Gamaleea, studiind vibrionul lui Mecinicov şi vibrionul holeric a reuşit să demonstreze că toxinele microbiene sunt elaborate în însăşi celula microbiană, de unde sunt eliminate în mediul înconjurător în urma distrugerii corpilor microbieni. Introducerea parenterală la animale a acestor substanţe toxice provoacă o stare de rezistenţă faţă de germenii vii respectivi. N. F. Gamaleea a diferenţiat imunitatea antitoxică de imunitatea antibacteriană, înţelegând sub „imunitatea antibacteriană" starea de rezistenţă faţă de agentul patogen viu. El a arătat legătura directă care există între compoziţia chimică a mediului de cultură şi toxicitatea culturilor obţinute,

menţionând că acest fapt are o mare importanţă practică pentru prepararea vaccinurilor. Studiind endo-toxinele microbiene, el a reuşit să stabilească existenţa a două substanţe diferite din punct de vedere chimic, în aceste endotoxine şi anume: o substanţă albuminoidă şi o substanţă polizaharidică.

Din enumerarea acestor date se poate conchide că M. V. Nenţchi şi N. F. Gamaleea pot fi consideraţi pe bună dreptate ca fondatorii imunochimiei.

Studiul substanţelor toxice şi imunoactive ale germenilor patogeni a fost desfăşurat pe scară întinsă şi continuat şi de alţi cercetători din Rusia. Astfel, N. G. Uşinschi în anul 1853, a cultivat bacili difterici pe un mediu lipsit de albumină şi a obţinut culturi cu proprietăţi toxice specifice. V. F. Maslovschi, în anul 1899, a studiat toxina gonococului şi a arătat că aceasta este o endotoxină, conţinută în însuşi corpul microbian. Observaţii similare au fost făcute de H. I. Ghelman şi O. Kalning, în 1891, care au studiat endotoxina bacilului morvei, precum şi de Ghelman, Boivid şi Gamaleea, care au studiat bacilul Koch.

Cu ocazia pandemiei de holeră din 1882, studiul biologiei agentului etiologic şi patogenia îmbolnăvirii au fost şi mai mult aprofundate. Cercetările lui Feodorov, ale lui A. V. Rosmainschi şi S. L. Perlman, au reuşit să demonstreze elaborarea substanţelor toxice în interiorul celulelor vibrionilor holerici. N. P Cravcov a extras din culturi de vibrioni holerici o nucleoproteină, care, introdusă la animal provoca după câteva ore o pierdere în greutate, tremurături scaune diareice, convulsii.

Autorul a considerat că preparatul pe care a reuşit să-l izoleze nu este altceva decât endotoxina vibrionului holeric. Metoda lui Cravcov a fost utilizată de un alţ cercetător, M. I. Baracocic (1912) care a aplicat-o la bacilii tifici, obţinând deasemenea rezultate foarte interesante.

Din toate datele enumerate rezulta că savanţii ruşi au desfăşurat o activitate extrem de intensă în domeniul biochimiei şi imuno-chimiei microbiene. Această activitate a fost continuată în anii puterii sovietice de către alţi reprezentanţi ai ştiinţei medicale (V. A. Crstovnicova, E. A. Petrosian, N. V. Holcev, V. A. Cernohvostov etc), ale căror lucrări au avut un rol extrem de important în desvoltarea ştiinţei privind antigenele microbiene.

KIRÁLY K., KALDOR I., KOVACS L.: Stadiul actual şi sarcinile noastre în lupta antivenerică. Népegészségügy, Nr. 6, 1953, Budapesta (pag. 149—158).

Analizând rezultatele obţinute între anii 1947—1952, în lupta antivenerică autorii arată că s'au realizat succese importante în scăderea morbidităţii: procentul bolnavilor cu sifilis primar şi cu gonoree a scăzut cu 92,8% respectiv cu 64,1% pe ţară.

Succese importante s'au obţinut şi în ce priveşte luesul congenital: astfel în cursul anului 1952, au fost trataţi la dispensarele respective doar 51 sugari cu această afecţiune.

Deasemenea, s'au obţinut progrese evidente, în diagnosticul neuroluesului, prin efectuarea pe scară largă a examenului L.C.R. în dispensarele de specialitate.

Imbunătăţirea rezultatlor în lupta antivenerică se datoreşte condiţiilor noi economico-sociale, la care se adaugă o serie de măsuri de specialitate şi anume: unificarea reţelei antivenerice, evidenţa corectă a bolnavilor, munca eficace a instituţiilor de specialitate şi în primul rând a dispensarului antivenerian, munca de educaţie sanitară dusă în sânul maselor, cursurile de calificare ale asistenţelor sociale iniţiate dé Ministerul Sănătăţii.

Pe lângă aceste succese, există încă şi o serie de lipsuri care trebue lichidate atât în ce priveşte cadrele cât şi condiţiile de muncă.

Sarcina cea mai importantă care stă astăzi în faţa noastră în cadrul luptei antivenerice constă în primul rând în lichidarea bolilor venerice de dată recentă, în cursul viitorilor 3—5 ani. In acest scop este necesar să se spitalizeze bolnavii cu gonoree penicilinorezistenţi, fetiţele cu vulvovaginite, să se reducă la minimum timpul de depistare a focarului, să se urmărească bolnavii trataţi. In ce priveşte luesul măsurile cele mai importante vor fi spitalizarea lueticilor din stadiul I—II, atât pentru penicilino-terapie, cât şi pentru izolare, cercetarea focarelor de infecţie, tratamentul energic al gravidelor şi sancţionarea bolnavilor refractari la tratament.

In al doilea rând, este necesar să se îmbunătăţească îndrumarea şi controlul muncii cadrelor de specialitate, extinderea tuturor metodelor ştiinţifice şi elaborarea de noi metode pentru a uşura depistarea bolnavilor şi diagnosticul, cu ocazia efectuării examenelor în serie

ZAIŢEVA A. F.: Cercetări experimentale pentru documentarea igienică a limitei concentraţiei admisibile de plumb în apa bazinelor. Ghighiena i Sanitaria, Nr. 3, 1953, Medghiz, Moscova (pag. 7—11).

In ultimii ani s'au făcut cercetări speciale pentru a se constata limita concentraţiilor admisibile de plumb în apa bazinelor (S. A Nesmeianov, M. M. Calabina etc.).

In baza acestor cercetări, s'a recomandat limita concentraţiei admisibile de plumb în apa bazinelor de 0,1 mg litru.

In această lucrare s'a studiat din punct de vedere igienic limita concentraţiei admisibile de plumb în apa bazinelor. Cercetările exeprimentale au fost efectuate în următoarele direcţii:

1. Studierea influenţei plumbului asupra proceselor de autocurăţire naturală a apei bazinelor de substanţe organice.
2. Studierea influenţei combinaţiilor de plumb asupra proprietăţilor organoleptice ale apei.
3. Determinarea dozei liminare de plumb în experienţa sanitaro-toxicologică cronică pe animale poichiloterme.

In lucrare s'au utilizat diferite metode de examinare igienică: chimice, bacteriologice, organoleptice şi fiziologice, inclusiv şi metoda reflexelor condiţionate.

In urma examenelor făcute, autorul ajunge la următoarele concluzii:

1. Datele experimentale cu privire la studierea influenţei plumbului asupra proceselor naturale de autocurăţire a apei bazinelor de substanţele organice, arată că concentraţia de plumb de 0,1 mg/litru, se află la limita acţiunii plumbului asupra regimului sanitar general al rezervoarelor de apă.
2. Din punctul de vedere al influenţei asupra proprietăţilor organoleptice ale apei, pătrunderea plumbului în concentraţia primită în rezervorul de apă nu poate să provoace urmări importante.
3. In experienţa cronică cu utilizarea metodei reflexelor condiţionate, doza de plumb de 0,05 mg pe kilocorp a provocat modificarea activităţii reflex-condiţionate a şobolanilor albi. După influenţa asupra activităţii reflex-condiţionate a şobolanilor albi, limita acţiunii plumbului a fost de 0,005 mg pe kilocorp.

In încheere, autorul subliniază că concentraţia de plumb de 0,1 mg/litru, în cantitate de limită a concentraţiei admisibile a plumbului în apa bazinelor, este corectă din punct de vedere igienic.

MILENUŞSCHIN, L. I.: Istoricul studiului infecţiilor şi combaterii lor în Rusia şi U. R. S. S. Jurnal Microbiologhii, epidemiologhii i imunobiologhii, Nr. 5, 1953, Medghiz, Moscova (pag. 66—75).

In acest articol, autorul schiţează planul unei lucrări foarte vaste, menite să înfăţişeze studiul infecţiilor în Rusia şi combaterea lor, începând din perioadele cele mai vechi şi până în zilele noastre. Această lucrare a fost încredinţată diferitelor colective ale Institutelor de cercetări medicale, fiind condusă de Secţia de Istorie a Medicinei din Institutul de ocrotire a sănătăţii publice „N. A. Semaşco".

In afară de problema infecţiilor, privită din punct de vedere al evoluţiei în Rusia şi apoi în Uniunea Sovietică, în această lucrare vor fi incluse şi capitole consacrate virusologiei şi parazitologiei medicale. Aceste capitole vor fi puse la punct de către colaboratorii Institutului de virusologie „D. I. Ivanovschi" şi ai Institutului de malarie şi parazitologie medicală al Ministerului Sănătăţii al U.R.S.S.

Lucrarea va fi împărţită în două capitole mari. In primul capitol se vor studia problemee mai importante legate de cunoaşterea şi combaterea infecţiilor în Rusia înainte de Revoluţie. Astfel, vor fi înfăţişate date luate din medicina populară empirică (până în secolul al XVIII-lea); în continuare se va arăta situaţia bolilor contagioase în secolul al XVIII-lea, în perioada întăririi regimului absolutist, trecându-se apoi la perioada de descompunere a orânduirn feudale şi de desvoltare a relaţiilor de producţie capitaliste (1800—1861). In sfârşit, în ultima parte, se va studia combaterea bolilor contagioase în Rusia capitalistă între anii 1861—1917.

In cel de al doilea capitol se va înfăţişa avântul ştiinţei medicale sovietice pe tărîmul combaterii bolilor infecţioase, în epoca sovietică. Şi acest capitol va avea mai multe părţi, corespunzând fiecare unei perioade mai importante. Astfel, se va studia în primul rând perioada Marei Revoluţii Socialiste din Octombrie, a Războiului civil şi a intervenţiei străine (1917—1920). In continuare se va arăta avîntul medicinei în U.R.S.S. în perioada de refacere a economiei naţionale, a industrializării ţării, a colectivizării

economiei agricole şi a construirii societăţii socialiste (1921—1941).

Marele Război pentru Apărarea Patriei va fi studiat într'un capitol special. Ultima parte va fi consacrată epocii de după război şi construirii societăţii comuniste (1945—1951).

Se va insista în mod special asupra faptului că în perioada de după Revoluţie s'a produs o restructurare a întregii ştiinţe în general şi a ştiinţei medicale în special. In locul vechii ştiinţe reacţionare, anchilozate, a fost introdus un nou sistem de ocrotire a sănătăţii publice, au fost fondate noi instituţii de cercetări ştiinţifice sau chiar cu caracter practic, iar studiul infecţiilor şi combaterea lor au fost orientate în mod creator, având la bază principiile învăţăturii fiziologice a lui I. P. Pavlov şi a biologiei miciurinişte.

In capitolul III se va descrie viaţa şi activitatea celor mai reprezentative figuri ale microbiologiei, epidemiologiei, imunologiei ruse şi sovietice: S. S. Samoilovici, N. I. Pirogov, L. S. Tencovschi, G. N. Minh, I. I. Mecinicov, N. F. Gamaleea, L. A. Tarasevici şi alţii.

RIABINCHIN A. N.: Istoria pediatriei. In comemorarea lui T. P. Crasnobaev. Pediatria, Nr. 3, 1953, Medghiz. Moscova (pag. 59—64).

In 11 Octombrie 1952 a decedat Timofei Petrovici Crasnobaev, membru de onoare al Societăţii pediatrilor din Moscova, membru activ al Academiei Ştiinţelor Medicale a U.R.S.S., laureat al Premiului Stalin şi colaborator emerit al ştiinţei.

El s'a născut la Smolensc în anul 1865. După terminarea liceului a intrat la Facultatea de medicină din Moscova, având ca profesori pe A. A. Ostroumov, N. F. Filatov şi alţii. Activitatea sa multilaterală poate fi împărţită în trei perioade. In prima perioadă a lucrat în calitate de asistent la două clinici infantile, apoi ca medic secundar al unui ambulatoriu. A lucrat concomitent şi într'un staţionar de chirurgie.

In anul 1891 a publicat primele sale lucrări în „Revista de medicină". Au urmat multe alte lucrări, printre care merită o deosebită atenţie următoarea: „Despre starea actuală a problemei importanţei practice a injectării preventive a serului antidifteric" (1896).

In anul 1911 Timofei Petrovici a vorbit la Societatea Pediatrilor despre: Experienţa de 10 ani a aplicării izolării individuale a bolnavilor la spitalul Pasteur din Paris. Crasnobaev a făcut cercetări în domeniul combaterii bolilor infecţioase. Acestea au servit la elaborarea unor măsuri raţionale de combatere a acestor boli în toată ţara şi în special la organizarea unor secţii cu boxe în spitalele de copii.

Intre anii 1899—1902 Timofei Petrovici a lucrat la consulaţiile chirurgicale ale ambulatorului fostului spital Vladimir.

In anul 1902 s'a hotărît clădirea unui spital nou pentru copii la Moscova. La elaborarea planurilor au fost solicitaţi marele pediatru N. N. Alexeev şi T. P. Crasnobaev. De atunci începe o doua perioadă de activitate intensă a marelui învăţat care i-a dat gloria de creator al chirurgiei infantile în U.R.S.S. şi de fondator al ortopediei la Moscova.

Crasnobaev a dus o activitate intensă în toate domeniile chirurgiei infantile. O deosebită importanţă au lucrările sale în domeniul urologiei, şi în special cele despre litiaza renală la copii.

Timofei Petrovici s'a ocupat şi de diferite probleme de otolaringologie, legate de procesele supurative otice şi de complicaţiile lor sub formă de tromboză de sinus şi abcese cerebrale.

Ele are deosebite merite şi în aplicarea examenului radiologic la bolnavi. Cabinetul de radiologie din secţia sa de chirurgie a fost înfiinţat scurt timp după descoperirea razelor Röntgen, când n'au existat încă radiologi specialişti.

La 28 Martie 1945 Crasnobaev a căpătat titlul de doctor în ştiinţe medicale, iar în cursul aceluiaş an a fost numit colaborator emerit al ştiinţei. In 1945 a fost ales membru activ al Academiei Ştiinţelor Medicale. In cursul acestei a treia perioade de activitate, Timofei Petrovici face comunicări largi asupra observaţiilor sale îndelungate ca chirurg. La diferite congrese îşi expune punctul său de vedere despre diferite probleme chirurgicale la copii.

Crasnobaev a relevat talentul său organizatoric în combaterea tuberculozei osteo-articulare. A ajuns la concluzia că intervenţiile chirurgicale trebue făcute la copii numai în cazul unor focare osoase localizate şi pentru corectarea poziţiilor vicioase ale extremităţilor. Concepţia lui despre tuberculoza osteo-articulară ca o afecţiune generală a devenit arhicunoscută. El a elaborat un plan de combatere a tuberculozei osteo-articulare, care a fost recunoscut la întâiul congres de tuberculoză şi confirmat de către Comisariatul Poporului cu problemele

sănătății în anul 1922. A contribuit la crearea a numeroase sanatorii, pregătind numeroase cadre medicale și surori.

Luând drept bază materialul Institutului pentru tuberculoză osteo-articulară al Academiei Științelor Medicale a U.R.S.S., Crasnobaev a întocmit o lucrare capitală despre tuberculoza osteo-articulară la copii, pentru care a căpătat premiul Stalin de gradul I.

El a fost inițiatorul conferințelor științifice interspitalicești, organizând totodată conferințe unite între chirurgii spitalelor de copii și cei din institutele de tuberculoză, care se ocupă cu problema tuberculozei osteo-articulare.

Crasnobaev a fost decorat de mai multe ori pentru meritele sale. El a constituit un exemplu viu pentru elevii săi.

TAMBORȚEV P. D.: Istoricul genezei și desvoltării asistenței balneo-sanatoriale a copiilor în U.R.S.S. Pediatria, Nr. 3, 1953, Medghiz, Moscova (pag. 39—46).

Asistența balneo-sanatorială în perioada dinaintea Marii Revoluții Socialiste se deosebește mult de cea de astăzi. Inainte nu existau sanatorii de stat pentru copiii bolnavi. Primele sanatorii au luat naștere ca opere de binefacere a diferitelor persoane sau societăți filantropice. Ele funcționau numai vara, pentru copii de vârstă școlară și cu plată. Puținele sanatorii fără plată erau foarte primitiv instalate.

Primele colonii balneo-sanatoriale au luat naștere în Rusia în 1845, iar primele sanatorii în 1872.

In 1883 prof. Rauchfuss a organizat o colonie curativă infantilă la Gotchin. In cursul anilor au fost create sanatorii noi, în special la mare, accesibile numai pentru copii bogați. Intre anii 1909—1914 nu s'a putut observa o lărgire a rețelei balneo-sanatoriale, aceasta scăzând în cursul războiului și încetând definitiv în anul 1917.

După Marea Revoluție Socialistă din Octombrie s'a acordat o deosebită atenție sănătății copilului. Au fost create sanatorii de stat pentru copiii de toate vârstele, în centrele mari și în stațiunile balneare.

Primul deceniu după Revoluție poate fi împărțit în două etape. Intre anii 1917—1923 sanatoriile au avut drept scop principal refacerea sănătății unui număr cât mai mare de copii.

In a doua perioadă (1923—1927) s'au aplicat în sanatorii diferite metode de tratament, s'au efectuat examene de laborator, ducându-se totodată o muncă de educație sanitară. Inainte de a fi îndrumați în sanatorii copiii au fost supuși unor examene medicale în policlinici. Au început să ia ființă și sanatorii în stațiunile balneare de importanță unională. Problema asistenței balneare, acordată copiilor a fost supusă celui de al V-lea Congres balnear din Piatigorsc în anul 1925. După aceasta numărul stațiunilor balneare a început să crească din an în an.

In al doilea deceniu de existență a puterii sovietice și în special în anii cincinalelor Staliniste, rețeaua balneo-sanatorială s'a lărgit considerabil. Au luat ființă sanatorii de zi și de noapte pentru copii și adolescenți, tabere de pionieri, sanatorii pentru bolnavi cu tuberculoză osoasă, pentru cei cu afecțiuni psihice.

Congresul al XVI-lea al Sovietelor din întreaga Rusie din anul 1935 a acordat o deosebită importanță acestei probleme. După aceasta, desvoltarea rețelei balneare s'a făcut în special pe seama folosirii stațiunilor climaterice. In sanatorii au fost primiți numai copii debili. Nu s'a ținut însă seama de rezultatele îndepărtate ale tratamentului.

In anii dinainte de război (1938—1941) asistența balneo-sanatorială, acordată copiilor a atins un nivel înalt. Sanatoriile au căpătat un profil medical curativ. In primăvara anului 1941 numărul lor a fost de 996, având 74.000 paturi.

In cursul anilor de război, rețeaua sanatoriilor infantile a fost parțial distrusă, rămânând numai un număr de 198 sanatorii pentru copii.

Refacerea ei a început încă din anul 1943, atingând nivelul anterior după un an. La sfârșitul anului 1951, 92% din paturile sanatoriale s'au încadrat în bugetul unional, republican sau local. S'au creat sanatorii pentru republicele Letoniei și Lituaniei. S'au făcut sanatorii pentru copiii reumatici, pentru cei convalescenți de meningită tuberculoasă, cei cu tbc osos și alte forme de tuberculoză, cu sechele de poliomielită, afecțiuni gastro-intestinale, psihonevroze etc.

In sanatorii se acordă o mare importanță muncii educative. Urmând învățătura lui I. P. Pavlov s'a introdus un regim curativ de protecție cu mult succes.

Autorii articolelor publicate în revista de Ocrotire a Sănătăţii în R. P. R. în cursul anului 1953

	Nr. rev.	Pag.
A		
Alexeeva R.	1	15
Anofriev A. S.	2	77
Apostol N.	4	10
Avram M.	1	26
B		
Batchis G. A.	4	3
Beliaev I.	5	20
Bocea G.	2	81
Bologa V.	4	60
Bologa V.	6	62
Brill A.	3	26
Brucăr M.	6	27
Bugeag G	2	81
C		
Caloenescu I.	2	85
Chiriac D.	4	24
Chisăliţă I.	1	36
Constantinescu C.	5	23
Costin M.	1	43
Creţeanu G.	1	26
Cuvşnnicov P. A	6	3
D		
Damian A.	1	47
Danielopolu D.	5	3
Decanovici I.	1	57
Dimitriu V.	5	13
Dumitrescu A.	6	22
Dumitrescu N.	2	98
Dumitriu B	2	102
F		
Florea M.	4	34
G		
Galan F.	3	22
Ghelerter I.	1	43
Ghelerter I.	3	41
Goldner P.	4	34
Goldştein E.	3	31
Grom L.	6	45
Grosz G.	4	10
Grosz G	6	55
H		
Herşcovici P.	2	93
Horodniceanu B.	3	41
Hristu T.	1	47
Huttmann A	5	53
I		
Ilea T.	4	10
Ionescu C. G.	2	98
Ivanov V.	1	47
Ivanov V	2	106
K		
Kaufman S.	4	34
Klein S.	3	55
Kelemen A.	4	38
L		
Leon I.	5	27
Ludu R	5	23
M		
Maistrah K. V	2	73

	Nr. rev.	Pag.
Matache I.	3	39
Milculescu P.	3	22
Mineev A.	5	20
Mureşan P.	4	36
Mureşan P	6	9
N		
Nanu D.	1	47
Nanu D.	2	106
Nicolau S. G	3	9
O		
Olteanu M.	6	45
Ostrovschi A. D	1	9
P		
Panijel M	2	85
Pascu T.	3	11
Pescaru A.	6	17
Popescu G.	3	35
Pruteanu P.	1	17
Pruteanu P	6	41
R		
Raboţescu S	5	32
Rodov I. I.	3	29
Rosenzweig S.	5	3
Rugină V.	4	34
Rugină V.	6	41
Rusu O	2	93
S		
Safanov A. G.	5	16
Seropian E.	4	38
Singurova A. F.	1	12
Smulevici B. I.	6	3
Solu A.	5	41
Sortan V.	4	30
Spasiu A	1	32
Şaim A.	1	32
T		
Tănăsescu G.	4	49
Timco I. M.	3	6
Trandafirescu I.	5	32
Ţercovnîi G. F	2	77
V		
Vasilescu T.	1	23
Vergulescu A.	1	32
Z		
Zega N.	5	23

ARTICOLELE PUBLICATE ÎN REVISTA DE OCROTIREA SĂNĂTĂȚII ÎN R. P. R. ÎN CURSUL ANULUI 1953

TITLUL ARTICOLULUI	Revista Nr.	Pag.
GENERALITĂȚI METODOLOGIE ȘTIINȚIFICĂ		
DUMITRESCU A.: Aspecte mai importante ale pregătirii unei cercetări științifice de teren.	6	22
GROSZ G.: Aspecte din problemele de cercetare științifică în domeniul organizării ocrotirii sănătății și istoria medicinii.	6	54
PESCARU A.: Cu privire la metodologia muncii științifice.	6	17
OCROTIREA SĂNĂTĂȚII ÎN DIFERITE ȚĂRI		
DANIELOPOLU A. și ROSENZWEIG S.: Stadiul actual al cercetărilor din R.P.R. în problema reumatismului.	5	3
OSTROVSCHI A. D.: Ocrotirea sănătății în Republica Democrată Germană.	1	9
— Căile de desvoltare a sistemului sovietic de ocrotire a sănătății în anii postbelici.	1	3
EVIDENȚĂ ȘI STATISTICĂ		
CHIRIAC D.: Sistemul de evidență în aplicarea metodei dispensarizării în întreprinderi.	4	24
CUVSINNICOV P. A. și SMULEVICI B. I.: Obiectul și metoda statisticii.	6	3
DUMITRIU R.: Urmărirea desfășurării acțiunii de prevenire și combatere a sifilisului cu ajutorul indicilor statistici.	2	102
MUREȘAN P.: Indicii statistici, metodă principală în analiza stării de sănătate.	4	36
MUREȘAN P.: Noțiuni de teorie statistică.	6	9
PRUTEANU P. și RUGINĂ V.: Sistemul de evidență în aplicarea metodei dispensarizării în întreprinderi.	6	41
ȘAIM A., VERGULESCU AL., EVIAN N. și SPASIU AL.: Indici calitativi de apreciere a randamentului muncii în unitățile antituberculoase.	1	30
INSTITUȚII SPITALICEȘTI		
BRILL A.: Rezultatele unificării în lupta antituberculoasă.	3	26
CREȚEANU GH. și AVRAM M.: Analiza rezultatelor unui an dela unificare la cîteva unități spitalicești.	1	26
HUTTMANN A.: Despre unele metode de colaborare ale medicului primar cu medicii consultanți în cadrul spitalului unificat de adulți.	5	53
IONESCU C. G. și DUMITRESCU N.: Aspecte din activitatea dispensarului antituberculos Grivița Roșie din București.	2	98
MILCULESCU P. și GALAN F.: Aplicarea principiului teritorializării în activitatea Spitalului Unificat nr. 1 „Prof. Dr. I. Cantacuzino" București.	3	22
DISPENSARIZARE		
BRUCĂR M.: Insemnări pe marginea dispensarizării.	6	27
DIMITRIU V.: Dispensarizarea, mijloc de creștere a calificării medicilor.	5	12
ILEA T., GROSZ G., APOSTOL N.: Dispensarizarea, metoda superioară de asistență a populației.	4	10
MAISTRAH K. V.: Metoda dispensarizării în etapa actuală a sănătății publice din U.R.S.S..	2	73

TITLUL ARTICOLULUI	Revista Nr.	Pag.
RAPOTESCU S., TRANDAFIRESCU I.: Planul unic complex.	5	32
RODOV I. I.: O mai mare atenție în dispensarizarea bolnavilor cu boală hipertensivă.	3	19
RUGINĂ V., KAUFMAN S., GOLDNER P., FLOREA M.: Cum am aplicat metoda dispensarizării la o mare întreprindere textilă din Iași.	4	34
SAFANOV A. G.: Metoda dispensarizării în deservirea populației rurale.	5	16
SINGUROVA A. F.: Experiența muncii de atelier pe linia dispensarizării.	1	12
SORTAN V.: Aspecte ale aplicării metodei dispensarizării la o fabrică metalurgică din Cluj.	4	30
OCROTIREA MAMEI ȘI COPILULUI		
CHISĂLIȚĂ I.: Ocrotirea femeii muncitoare în întreprinderile din orașul Sibiu.	1	36
GOLDȘTEIN E.: Aspecte ale activității Spitalului Unificat de Copii din Iași după 1 an și jumătate de activitate.	3	31
HERȘCOVICI P., RUSU O.: Secția de nou-născuți în cadrul spitalului unificat de obstetrică și ginecologie.	2	93
TĂNĂSESCU GH.: Organizarea luptei contra bolilor transmisibile în colectivitățile de copii.	4	49
ASISTENȚA MEDICALĂ A MUNCITORILOR DIN ÎNTREPRINDERI		
ANOFRIEV A. S., TERCOVNII G. F.: Experiența muncii serviciului medico-sanitar de întreprindere în lupta pentru reducerea morbidității.	2	77
SOIU A.: Activitatea serviciului medico-sanitar într-o uzină metalurgică.	5	40
ORGANIZAREA SANITARĂ ÎN MEDIUL RURAL		
GROM L., OLTEANU M.: Cîteva aspecte în legătură cu organizarea asistenței medicale a muncitorilor din gospodăriile agricole de stat.	6	45
PRUTEANU P.: Organizarea ocrotirii sănătății publice în mediul rural în Uniunea Sovietică.	1	17
ASISTENȚA MEDICALĂ DE URGENȚĂ		
LEON I.: Organizarea și funcționarea asistenței medicale de urgență a serviciului de salvare pe timpul desfășurării Festivalului Mondial al Tineretului.	5	27
LUDU R., VASILESCU T., ZEGA N., CONSTANTINESCU C.: Cum a fost organizată și asigurată asistența și controlul medico-sportiv în timpul întrecerilor sportive internaționale prietenești din cadrul celui de al IV-lea Festival Mondial al Tineretului și Studenților pentru Pace și Prietenie.	5	23
POPESCU G., KLEIN ST.: Organizarea asistenței medicale de urgență în întreprinderi.	3	35

TITLUL ARTICOLULUI	Revista Nr	Pag.
PERSONAL MEDICO-SANITAR		
KELEMEN A., SEROPIAN E.: Orientarea planurilor şi programelor de studii ale Facultăţilor I. M. F.-urilor pe anul 1953—1954.	4	38
MATACHE I.: Din experienţa activităţii Comitetului Obştesc de Sprijin şi Colaborare al Spitalului Brîncovenesc.	3	39
PASCU T.: Etica şi deontologia medicală în condiţiile construirii socialismului.	3	11
TIMCO I. M.: Asistenţa medicală specializată şi pregătirea medicilor	3	6
* * * Rezoluţia Congresului internaţional al medicilor.	3	3
CONTROL ŞI INSPECŢIE DE STAT. SANEPID		
ALEXEEVA R.: Activitatea unui sanepid.	1	15
CALOENESCU I., PANIJEL M.: Din activitatea unei secţii de igienă alimentară dintr-un sanepid raional pe anul 1952.	2	85
NICOLAU ST. GH.: Noua legislaţie antivenerianã.	3	4
ADMINISTRAŢIE CENTRALĂ		
* * * Şedinţa lărgită a Colegiului Ministerului Sănătăţii (4-6 mai 1953).	2	67
EDUCAŢIE SANITARĂ		
BATCHIS G. A.: Despre problemele educaţiei sanitare.	4	3
NANU D., IVANOV V., HRISTU T., DAMIAN A.: Educaţia sanitară sprijin activ în lupta pentru combaterea şi prevenirea afecţiunilor acute ale aparatului respirator şi a turburărilor acute de nutriţie.	1	47
NANU D., IVANOV V.: Cîteva probleme ale metodologiei educaţiei sanitare în staţiunile balneare.	2	106
IGIENĂ		
BELIAEV I., MINEEV A.: Laboratorul este „Clinica" medicului igienist.	5	20
DECANOVICI I.: Metodele de lucru ale medicului responsabil al secţiei de igienă şcolară.	1	57
ISTORIA MEDICINII		
BOLOGA V.: Medicul Nicolai Copernic (1473-1543).	4	60
BOLOGA V.: François Rabelais ca medic.	6	61
GHELERTER I.: Comemorarea a 15 ani dela moartea Prof. Gheorghe Marinescu (1864-1938).	3	49
GHELERTER I.: Consfătuirea pe ţară a catedrelor de istoria medicinii.	3	49
GHELERTER I., COSTIN M.: Spitalele din Bucureşti la începutul secolului al XIX-lea; înfiinţarea spitalului Filantropia; ajutorul dat de generalul Cutuzov.	1	43
GHELERTER I., HORODNICEANU B.: Legăturile medicale romîno-ruse în timpul războiului pentru independenţă din 1877-1878.	3	41

E 1742

KAT

Institut. de Documentare Tehnică
BUCUREȘTI
OBMEN - CSERE
VYMENA - WYMIANA
TAUSCH - CMEHA

Országos Műszaki
Könyvtár
TULAJDONA

Ocrotirea sănătății în R.P.R.

2

APRILIE 1954 IUNIE

COLEGIUL DE REDACŢIE

Redactor responsabil: Prof. dr. ILEA THEODOR
Prim secretar de redacţie: Dr. NANU DIMITRIE
Secretar de redacţie: Dr. MANOLIU VASILE

Membri ai Colegiului de Redacţie:

Dr. BELEA OCTAVIAN, Prof. dr. BOLOGA VALERIU (Cluj), Dr. BUNGEŢEANU GHEORGHE, Dr. CONSTANTINESCU GHEORGHE, Dr. GALEA GHEORGHE, Conf. dr. GHELERTER IULIUS, Prof. dr. GROM LEONIDA Conf. dr. GROSZ GHEZA, Conf. dr. IALOMIŢEANU MIRCEA, Conf. dr. MUREŞAN PETRE, Conf. dr. PRUTEANU PAUL (Iaşi), Conf. dr. RAPOŢESCU SILVIU, Conf. dr. ZAHARIADE GHEORGHE

OCROTIREA SĂNĂTĂȚII IN R. P. R.

ORGAN AL MINISTERULUI SĂNĂTĂȚII

Redacția și Administrația: B-dul Ana Ipătescu 32 – Telefon 2.32.24

Anul IV — Aprilie 2 Iunie — 1954

Orvosi Műszaki Könyvtár BUDAPEST

SUMAR

	Pag.
Conf. dr. AL. PESCARU: Ocrotirea sănătății oamenilor muncii în Republica Populară Romînă	3
Conf. dr. GROSZ GÉZA: Concepții înaintate privind sănătatea publică în gîndirea lui Victor Babeș	15
Prof. L. GROM, M. OLTEANU: Cîteva probleme în legătură cu îmbunătățirea organizării asistenței medico-sanitare la sate	29
M. DUPORT, conf. dr. N. POZSGI, I. GHERMAN: Criterii pentru aprecierea eficienței muncii de combatere a malariei	40
A. KÖPPICH, A. VITALYOS, N. COJA, E. MENYASZ: Cercetări cu privire la munca femeii în industrie	45
D. CHIRIAC: Metode de analiza morbidității cu pierderea temporară a capacității de muncă	58
M. ANCUȘA, I. POD: Considerații asupra interpretării morbidității din întreprinderi	66
A. FODOR, V. MANU: Reducerea morbidității în unele întreprinderi din orașul Tîrgu-Mureș	74
V. MANOLIU: Inceputurile organizării sanitare în orașul București	84
NOTĂ MEDICO-ISTORICĂ	
Dr. I. S.: 75 de ani de la moartea lui N. P. Zubcu-Codreanu	90
REFERATE	

EDITATĂ DE CENTRUL DE DOCUMENTARE MEDICALĂ

СОДЕРЖАНИЕ

стр.

Пескару А. — Охрана здоровья трудящихся в Румынской Народной Республике 3

Грос Геза — Прогрессивные концепции Виктора Бабеша (1854–1954) в связи с здравоохранением 15

Гром Л., Олтеану М. — Некоторые вопросы в связи с организацией медицинского обслуживания на селе 29

Дюпорт М., Пожги Н., Герман И. — Критерии для оценки работы по борьбе с малярией 40

Кепих А., Витамос А., Кожа Н., Менийясз Е. — Исследования в связи с женским трудом в промышленности 45

Кирияк Д. — Методы изучения заболеваемости с временной потерей трудоспособности 58

Анкуш М., Под И. — К вопросу об изучении заболеваемости в предприятиях 66

Фодор А., Ману В. — Снижение заболеваемости в некоторых предприятиях города Тыргу-Муреш 74

Манолиу В. — Первые санитарные учреждения города Бухареста . . 84

ВРАЧЕБНО-ИСТОРИЧЕСКАЯ ЗАМЕТКА

Др. И. С.: 75—летые со дня смерти Н. П. Зубку-Кодряну 90

Рефераты

OCROTIREA SĂNĂTĂŢII OAMENILOR MUNCII IN REPUBLICA POPULARĂ ROMÎNĂ

Conf. dr. AL. PESCARU
Candidat în Ştiinţele Medicale

La 23 August 1954 se împlinesc zece ani de la eliberarea Romîniei de către Armata Sovietică.

Acest deceniu de transformări economice, sociale, politice şi culturale prin care a trecut poporul nostru, reprezintă o epocă revoluţionară cu mult mai bogată în evenimente decît orice altă perioadă din istoria ţării noastre. Cucerirea cea mai însemnată a poporului nostru muncitor în ultimii zece ani constă în crearea şi dezvoltarea statului democrat-popular bazat pe alianţa trainică între clasa muncitoare şi ţărănimea muncitoare.

In noile condiţii istorice create în urma victoriei epocale a Uniunii Sovietice în cel de al doilea război mondial, în condiţiile ascuţirii şi adîncirii crizei generale a capitalismului, ale schimbării radicale a raportului de forţe pe arena mondială în favoarea socialismului, eliberarea ţării noastre de către Armata Sovietică a dat putinţă forţelor populare patriotice, conduse de Partidul Comunist Romîn, să doboare dictatura fascistă, să smulgă puterea din mîinile burgheziei şi moşierimii şi să instaureze prin lupte victorioase regimul democrat popular.

Călăuzit de politica Partidului Muncitoresc Romîn — forţa conducătoare a statului nostru şi utilizînd iniţiativa, aptitudinile şi energia revoluţionară a poporului eliberat, statul democrat popular romîn avînd drept ţel victoria modului de producţie socialist în întreaga economie, a întărit şi dezvoltat formaţia socialistă care cuprinde la sfîrşitul anului 1953 cca. 98% din industrie, 100% comerţul exterior, cca. 77,7% din comerţul interior şi cca. 25% din suprafaţa arabilă a ţării.

In anii de conducere planificată a economiei de către statul democrat-popular, producţia industriei socialiste a crescut de cca. 3,5 ori. Au fost create noi ramuri industriale, iar industria noastră grea şi îndeosebi industria construcţiei de maşini a luat o dezvoltare care permite înzestrarea multor ramuri ale industriei şi agriculturii cu întreg echipamentul necesar. Statul a înzestrat agricultura cu mii de tractoare şi maşini agricole — baza tehnică pentru înflorirea agriculturii. 300.000 familii de ţărani muncitori au pornit pe calea agriculturii socialiste, unindu-se în întovărăşiri şi gospodării colective. A crescut nivelul de trai material şi cultural

al oamenilor muncii de la oraşe şi sate. Ştiinţa, arta şi literatura au luat un puternic avînt. Toate acestea dovedesc că făurirea bunei stări a poporului muncitor este însuşi scopul regimului democrat-popular.

★

Ocrotirea sănătăţii oamenilor muncii în R.P.R. face parte integrantă din opera de construire a socialismului, constituind una din problemele principale ale statului.

Aceasta decurge din faptul că scopul producţiei este asigurarea satisfacerii maxime a nevoilor materiale şi culturale mereu în creştere ale oamenilor muncii, iar activitatea de ocrotire a sănătăţii reprezintă una din formele importante de satisfacere a acestor nevoi .

In anii de democraţie populară, pe baza îmbunătăţirii condiţiilor de trai şi de muncă şi a întăririi în mod simţitor a reţelei instituţiilor medicale, s-au obţinut o serie de rezultate importante în domeniul ocrotirii sănătăţii în ţara noastră.

Astfel a crescut numărul de spitale şi sanatorii, s-a mărit numărul de paturi pentru deservirea populaţiei şi au luat fiinţă pentru prima oară în ţara noastră noi unităţi, create de regimul de democraţie populară : sanepiduri, preventorii, case ale copilului, dispensare de specialitate, staţii de conservare a sîngelui şi de transfuzii, case de naşteri etc. Pe baza experienţei sistemului sovietic de ocrotire a sănătăţii au fost aplicate măsuri organizatorice importante de lărgire a accesibilităţii, de ridicare a calităţii asistenţei medicale, de îmbunătăţire a asistenţei specializate.

Intre anii 1948—1953 numărul de spitale a crescut cu 31,4%, numărul de sanatorii tbc. cu 48,6%, numărul de creşe cu 100,7%.

Creşterea pentru acelaşi interval de timp a numărului de policlinici şi ambulatorii cu 384% şi a numărului de circumscripţii rurale şi urbane cu 28,5% reprezintă o îmbunătăţire simţitoare a deservirii medicale a populaţiei.

In ultimii ani au fost create sanepiduri în mai toate raioanele ţării.

In perioada de la 1948 la 1953 numai în reţeaua Ministerului Sănătăţii numărul de medici a crescut cu peste 300%, iar cel al cadrelor sanitare medii cu 227%.

Starea de sănătate a populaţiei s-a îmbunătăţit în aceşti ani. A scăzut mortalitatea generală de la 15,6‰ în 1948 la 11,5‰ în 1953 şi mortalitatea infantilă de la 14,3% la 9,6 %. Creşte excedentul natural de la 8,3‰ la 12,2‰.

In urma măsurilor importante de combatere a malariei, numărul de cazuri noi a scăzut de la 211.111 în 1948 la 1.130 în 1953. În aceeaşi perioadă cazurile noi de pelagră au scăzut cu peste 80%. Dintre bolile transmisibile mai importante scade morbiditatea în febra tifoidă (31% mai puţine cazuri noi în acest interval) şi difteria (51,7% mai puţine cazuri noi).

Analizînd drumul parcurs de la 23 August 1944 pînă în prezent, ne putem da seama de rolul hotărîtor pe care l-a avut aplicarea creatoare a principiilor sistemului sovietic de ocrotire a sănătăţii pentru organizarea unui sistem real de ocrotire a sănătăţii în R.P.R.

Faptul că „ocrotirea sănătăţii oamenilor muncii este cauza însăşi

a oamenilor muncii" constituie cea mai importantă cucerire a poporului muncitor în acest domeniu. Aceasta înseamnă că statul democrat-popular, şi-a luat obligaţia ocrotirii sănătăţii şi că întreprinde măsurile necesare pentru aceasta din sarcina şi în folosul oamenilor muncii.

Introducerea principiului gratuităţii asistenţei medicale pentru muncitori pe baza reformei Asigurărilor Sociale, naţionalizarea spitalelor şi sanatoriilor particulare, a farmaciilor şi laboratoarelor au permis ocrotirii sănătăţii din ţara noastră să capete un *caracter de stat.*

Conţinutul nou al ocrotirii sănătăţii în R.P.R., legat mai ales de caracterul de stat al acestei activităţi, satisface nu numai o necesitate, dar rezolvă practic dreptul constituţional al oamenilor muncii la asistenţa medicală.

Lichidarea unor organizaţii cu caracter filantropic care fără a avea baza materială şi ştiinţifică se ocupau de problema sănătăţii populaţiei şi desfiinţarea serviciilor medicale susţinute de diferite departamente de stat, a constituit un moment important în centralizarea mijloacelor de ocrotire a sănătăţii, întărirea caracterului de stat şi realizarea principiului *unităţii de conducere.*

Începînd cu anul 1949, primul an de dezvoltare planificată a economiei şi culturii ţării, organele ocrotirii sănătăţii au început să-şi desfăşoare activitatea pe baza unui *plan unic,* parte componentă a planului general de stat. Aceasta a impus studii temeinice pentru cunoaşterea stării de sănătate a populaţiei, dezvoltării reţelei instituţiilor medicale, fondului de cadre medicale şi cadre sanitare medii, dar în acelaşi timp a permis luarea de măsuri pentru o dezvoltare proporţională a diferitelor capitole şi forme de ocrotire a sănătăţii.

Punerea în practică a acestor principii a ridicat problema ocrotirii sănătăţii din ţara noastră la nivelul unei probleme de stat care depăşeşte cadrul medical şi cere pentru rezolvarea ei contribuţia multor factori cu caracter politic, economic, social şi cultural. Rezultatele obţinute pînă în prezent arată că au fost făcuţi paşi importanţi în acest sens şi că ocrotirea sănătăţii devine o problemă la a cărei rezolvare participă fiecare departament, organizaţie şi instituţie.

In aceste condiţii, grija partidului şi guvernului pentru îmbunătăţirea ocrotirii sănătăţii oamenilor muncii care s-a manifestat şi prin punerea la dispoziţie a unor mijloace financiare importante, a permis dezvoltarea de noi instituţii medicale în oraşe şi sate care au lărgit în mod simţitor *accesibilitatea* asistenţei medicale.

Aceasta ca şi aplicarea unor forme şi metode superioare de organizare a ocrotirii sănătăţii cum a fost de exemplu unificarea spitalelor cu policlinicile, circumscripţiile şi dispensarele de întreprinderi au contribuit la ridicarea *calităţii* asistenţei medicale.

Necesitatea de a acorda o asistenţă medicală mai *calificată* şi *specializată* a pus problema dezvoltării şi reorganizării învăţămîntului medical, sarcini care s-au rezolvat atît prin creşterea numerică a instituţiilor de învăţămînt superior şi înfiinţarea de noi facultăţi, cît şi prin reforma învăţămîntului medical.

Un element deosebit de important al noului conţinut al ocrotirii sănătăţii constă în *orientarea profilactică* pe care o au măsurile întreprinse în acest domeniu. Apropierea asistenţei medicale de locul de muncă, aplicarea reformei unificării, înfiinţarea reţelei de sanepiduri şi organizarea Ins-

pecției sanitare de stat etc. creează posibilități reale nu numai de tratare, dar și de prevenire a bolilor. Pe acest principiu de bază al sistemului de ocrotire a sănătății din țara noastră se sprijină legislația statului și activitatea practică a organelor de stat și de partid în grija lor pentru asigurarea bunei stări a oamenilor muncii, bunăstare care constituie factorul hotărîtor al îmbunătățirii stării de sănătate a populației. La aplicarea în practică a principiului profilaxiei contribuie atît grija pentru condiții sănătoase de muncă și viață, ziua de muncă de 8 ore, concedii obligatorii, menținerea salariului în timpul bolii, dezvoltarea culturii fizice de masă, cît și asistența medicală gratuită, dezvoltarea rețelei instituțiilor profilactice de copii, dezvoltarea rețelei de sanatorii balneare etc.

In anii de democrație populară *știința medicală* românească continuînd tradițiile materialiste din trecut și însușindu-și realizările și concepțiile științei medicale sovietice și în special învățătura lui I. P. Pavlov a obținut noi succese pe linia unei juste orientări. Spre deosebire de trecut o bună parte din oamenii de știință au început să se preocupe și să vie în ajutorul problemelor practicii ocrotirii sănătății, iar organele conducătoare ale ocrotirii sănătății și-au ridicat tehnicitatea printr-o fundamentare justă a măsurilor pe baza cuceririlor științifice medicale moderne și ducînd o permanentă luptă contra birocratismului și pentru o mai mare operativitate în rezolvarea sarcinilor.

In toate momentele și problemele importante, sistemul de ocrotire a sănătății din țara noastră a solicitat și obținut *sprijinul maselor* muncitoare, ale organizațiilor de masă îndrumate de partid. Participarea oamenilor muncii reprezintă un element nou în organizarea ocrotirii sănătății în țara noastră.

★

Sistemul de ocrotire a sănătății din R.P.R. cuprinde asistența medicală curativo-profilactică a populației, activitatea de asigurare a bunei stări igienico-sanitare și epidemiologice a țării, pregătirea cadrelor medicale, activitatea de cercetare științifică în domeniul medicinei.

Incă în primii ani după eliberarea țării, dar mai ales în condițiile favorabile create după 1947, sarcinile care s-au ridicat în fața ocrotirii sănătății a fost lichidarea grelei moșteniri lăsată de regimul burghezo-moșieresc în domeniul stării de sănătate a populației, refacerea și reorganizarea vechilor instituții medicale, educarea și atragerea cadrelor medicale existente, creșterea într-un ritm rapid a numărului de instituții și cadre medico-sanitare, organizarea unui sistem real de ocrotire a sănătății bazat pe noi principii de politică sanitară, principii socialiste. Numai aceasta putea fi calea pentru a obține o creștere a excedentului natural al populației pe baza creșterii natalității și scăderii mortalității, precum și o scădere a morbidității mai ales în ceea ce privește bolile infecto-contagioase și cu răspîndire de masă.

In scopul lărgirii accesibilității asistenței medicale curativo-profilactice pentru populația din mediul urban și colectivitățile muncitorești au fost create noi instituții medicale, s-a mărit numărul de paturi din spital, policlinici și ambulatorii, s-a dezvoltat rețeaua punctelor de sănătate din întreprinderi, s-au organizat numeroase puncte și centre de transfuzii, servicii de salvare etc.

In cursul acestei dezvoltări rapide s-au ivit la un moment dat unele lipsuri în ceea ce privește calitatea asistenței medicale.

Nu numai faptul că înzestrarea cu aparatură și utilaj necesar noilor instituții create și pregătirea profesională a cadrelor nu erau corespunzătoare, dar chiar nevoile mereu crescînde ale oamenilor muncii pentru o asistență mai calificată și specializată au impus găsirea acelor forme superioare organizatorice care să permită traducerea în viață a concepției curativo-profilactice. Orientate de experiența sovietică și ajutate de forurile conducătoare guvernamentale și de partid, organele de conducere ale ocrotirii sănătății au aplicat în 1951 reforma unificării spitalelor cu policlinicile, puncte de sănătate și circumscripțiile medicale urbane.

Organizarea asistenței medicale pe baza principiului circumscripției teritoriale care a permis apropierea acestei asistențe de oamenii muncii și cunoașterea și urmărirea de către medic a populației, adîncirea muncii curativo-profilactice pe baza studiului morbidității și condițiilor de viață și muncă, ridicarea nivelului profesional al medicilor care a permis odată cu dezvoltarea diferitelor specialități: îmbunătățirea asistenței de tip ambulator, crearea unei asistențe medicale la domiciliu reprezintă rezultatele pozitive ale reformei unificării care au transformat spitalul unificat într-o instituție medicală de tip nou capabilă să răspundă pentru asistența medicală curativo-profilactică a populației de pe teritoriul respectiv.

In ultimii ani s-au obținut realizări importante pe calea dezvoltării unei atitudini juste față de omul bolnav din partea personalului medico-sanitar.

Deși există încă unele deficiențe care pot și trebuie să fie înlăturate în activitatea spitalului unificat ca: lipsa unui grafic de muncă rațional al medicului de circumscripție care să permită mărirea timpului acordat atît pentru munca în staționar, cît și pentru consultațiile de la policlinică sau din teren, o insuficientă participare a cadrelor mai calificate (șefi de secție, consultanți principali) la urmărirea permanentă și îndrumarea justă a celor 3 verigi ale asistenței medicale (staționar, policlinică, teren), lipsa unei stabilități a medicului la circumscripția a cărui populație o deservește, reforma unificării reprezintă un pas înainte pe calea ridicării accesibilității și calității asistenței medicale din țara noastră.

Asistența medicală a muncitorilor din întreprinderi, șantiere și centre muncitorești, foarte slab dezvoltată sub regimul burghezo-moșieresc, a luat o dezvoltare mare prin crearea de dispensare, ambulatorii și policlinici care au permis o apropiere a asistenței medicale de locul de muncă.

In anii de democrație populară s-a creat o rețea de puncte de sănătate medicale și cu personal mediu și numeroase servicii medico-sanitare, a crescut numărul de paturi pentru staționarele de întreprinderi cu aproape 9 ori, a crescut numărul de medici din rețeaua de unități medicale din întreprinderi și centre muncitorești.

Discursul tov. Gh. Gheorghiu-Dej la conferința minerilor din vara anului 1952 a constituit o indicație prețioasă și un imbold pentru întărirea acestui important sector a ocrotirii sănătății din țara noastră.

O reală contribuție la ocrotirea sănătății muncitorilor au adus ministerele tutelare ale întreprinderilor și sindicatelor respective.

Hotărîrea Consiliului de Miniștri nr. 1830 din 1953 care vine să reglementeze pe bază de criterii științifice organizarea asistenței medicale a

muncitorilor constituie începutul unei etape de dezvoltare pe o treaptă şi mai înaltă a ocrotirii sănătăţii oamenilor muncii din întreprinderi şi şantiere.

Medicii de întreprinderi, medicii igienişti şi inspectorii sanitari de stat luptă din ce în ce mai hotărît şi contribuie cu fiecare zi la îmbunătăţirea condiţiilor igienico-sanitare la locul de muncă.

Introducerea unor forme şi metode noi de muncă în organizarea ocrotirii sănătăţii oamenilor muncii ca: întocmirea şi aplicarea planului unic complex în întreprinderi, introducerea dispensarizării, obligativitatea întocmirii situaţiei morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă etc. constituie elemente pozitive pentru îmbunătăţirea asistenţei medicale în întreprinderi.

Aplicarea acestor măsuri odată cu ridicarea nivelului material şi cultural şi îmbunătăţirea condiţiilor igienico-sanitare la locul de muncă au avut ca rezultat scăderea numărului de cazuri de boală şi al zilelor de incapacitate de muncă, micşorarea numărului de traumatisme şi accidente de muncă.

Punerea în practică a H.C.M. nr. 1830/1953 cu respectarea de către ministere a obligaţiilor ce le revin şi întărirea controlului sanitar curent şi preventiv în întreprinderi, o preocupare mai mare pentru asistenţa muncitorilor din întreprinderile industriale uşoare şi a producţiei bunurilor de larg consum, precum şi întărirea asistenţei medico-sanitare a muncitorilor de pe şantiere, reprezintă sarcini a căror rezolvare vor ridica şi mai mult calitatea ocrotirii sănătăţii din ţara noastră.

In domeniul asistenţei medicale a populaţiei din mediul rural, Ministerul Sănătăţii a avut în perioada de la 23 August 1944 şi mai ales din anul 1948 pînă în prezent o serie de realizări.

Astfel numărul de circumscripţii sanitare s-a dublat de la 1938 pînă în prezent. Numărul spitalelor din mediul rural a crescut cu 28,2%, 65% din aceste spitale au fost transformate în spitale cu două secţii.

Din 1945 pînă în prezent s-au creat 1348 case de naşteri cu 6385 paturi, un mare număr de dispensare de copii cu staţionar, numeroase puncte sanitare, 2587 bucătării dietetice, 2048 centre de lapte, a crescut numărul de medici şi cadre sanitare medii din mediul rural.

Eforturile făcute pentru înzestrarea şi dotarea unităţilor medicale din mediul rural, noi forme de muncă aplicate în activitatea cadrelor acestor instituţii au avut ca rezultat o creştere a nivelului asistenţei medicale.

Indicaţiile date de plenara lărgită a C. C. al P. M. R. din 19—20 august 1953 cu privire la lichidarea rămînerii în urmă a agriculturii şi a măsurilor necesare pentru a determina o ridicare simţitoare în acest important capitol al economiei naţionale, au o însemnătate deosebită şi pentru îmbunătăţirea ocrotirii sănătăţii oamenilor muncii de la sate.

Pornind de la îndrumările date de plenară, utilizînd datele experienţei sovietice şi bazîndu-se pe studiul situaţiei actuale a ocrotirii sănătăţii în mediul rural, Ministerul Sănătăţii a elaborat o conduită în această problemă caracterizată prin următoarele sarcini: 1. lărgirea accesibilităţii asistenţei medicale prin întărirea circumscripţiei medicale. 2. ridicarea calităţii asistenţei medicale prin înfiinţarea şi consolidarea spitalului raional.

3. asigurarea unei asistenţe medicale înalt calificată şi specializată şi întărirea profilaxiei prin organizarea spitalului regional.

Graţie acestor măsuri luate pe linie de Ministerul Sănătăţii, cărora li se vor adăuga o preocupare şi un ajutor mai substanţial din partea Sfaturilor Populare, starea sănătăţii populaţiei din mediul rural se va îmbunătăţi şi mai mult.

In anii regimului de democraţie populară, în domeniul ocrotirii sănătăţii mamei şi copilului, s-au obţinut rezultate importante.

Condiţiile noi de viaţă şi muncă create femeii muncitoare în R.P.R., prevederile Codului Muncii şi legii Asigurării Sociale de Stat în problema ocrotirii femeii, mamei şi copilului, ajutorul familial de stat şi avantajele acordate mamelor cu mai mulţi copii, dezvoltarea reţelei de creşe şi cămine etc. reprezintă forme concrete ale grijei partidului şi guvernului pentru ocrotirea mamei şi copilului.

Numărul unităţilor sanitare pentru deservirea femeii şi copilului create în anii de după eliberarea ţării pînă astăzi şi numărul de cadre medicale de specialitate şi de cadre sanitare medii pregătite în această perioadă depăşeşte cu mult ceea ce s-a creat în regimurile trecute.

Numai între anii 1948—1953 numărul de paturi de femei a crescut cu peste 200% şi paturile de copii cu peste 314%, iar numărul locurilor în creşe a crescut cu peste 7.800. Infiinţarea dispensarelor de copii cu staţionar, în mediul rural, a constituit un ajutor în îmbunătăţirea activităţii de prevenire a îmbolnăvirilor şi ridicării calităţii asistenţei medicale a copiilor.

Ca urmare a creşterii cantitative şi calitative a acestor unităţi, în 1953, 82% din totalul naşterilor din mediul urban au avut loc în maternităţi, iar în mediul rural 34,6% din naşteri în casele de naştere.

Faţă de trecut, procentul naşterilor neasistate a scăzut de 2 ori iar mortalitatea la naştere a mamelor de cca. 7 ori.

Cu toată mortalitatea infantilă încă ridicată, scăderea procentului la 9,6% în 1953 pentru ţara noastră care era „vestită" în trecut pentru cel mai mare procent (20%) de mortalitate infantilă din Europa, reprezintă o realizare importantă a regimului de democraţie populară.

De la 1948 pînă în prezent numărul de case ale copilului a crescut cu peste 83%.

Intărirea mai departe a reţelei instituţiilor de ocrotire a mamei şi copilului şi respectarea cu stricteţe a legislaţiei înaintate pe care statul nostru a elaborat-o vor reuşi să determine o scădere şi mai importantă a morbidităţii şi mortalităţii femeii, mamei şi copilului.

Una din problemele importante cu care sistemul de ocrotire a sănătăţii din ţara noastră a avut de luptat a fost problema tuberculozei.

Creşterea sanatoriilor antituberculoase cu 48,6% şi a dispensarelor anti-tbc. cu peste 245% (faţă de 1948), înfiinţarea de preventorii, depistarea în masă, tratamentul modern cu antibiotice, utilizarea mai largă a tratamentului chirurgical, au dus la o scădere importantă a mortalităţii prin tuberculoză şi la o creştere a numărului de cazuri depistate în stadiul incipient. Insăşi deservirea populaţiei a devenit mai largă, iar unităţile medicale antituberculoase duc o luptă mai activă şi mai ştiinţifică

Odată cu ridicarea nivelului de trai material şi cultural al oamenilor muncii şi cu dezvoltarea reţelei şi desfăşurarea şi mai largă a luptei

antituberculoase în mediul rural, în centrele muncitoreşti şi în mediul şcolar, sistemul de ocrotire a sănătăţii din ţara noastră ar putea repurta noi victorii în lupta contra tuberculozei.

Răspîndirea bolilor venerice şi a sifilisului a prezentat o problemă grea a ocrotirii sănătăţii de la noi din ţară şi sarcina lichidării acestor situaţii s-a pus încă din primii ani de organizare a asistenţei medicale de tip nou.

Elaborarea unei legislaţii eficiente şi urmărirea consecventă a dispoziţiilor ei, precum şi dezvoltarea reţelei de unităţi în special dispensare antivenerice (au crescut cu 150% faţă de 1948) a avut ca rezultat o scădere simţitoare a bolilor venerice în ţara noastră.

In ultimii ani au existat preocupări şi s-au realizat unele instituţii şi forme organizatorice pentru tratamentul şi profilaxia cancerului şi pentru problemele medicale legate de practicarea culturii fizice şi sportului.

Organizarea unei reţele a asistenţei de urgenţă este o creaţie a regimului de democraţie populară. In ultimii ani au fost înfiinţate staţii de salvare, staţii de recoltare a sîngelui. Paralel cu completarea masivă a raioanelor cu autosalvări, aviasanul s-a dezvoltat şi a desfăşurat o bogată activitate de transporturi a bolnavilor, cadrelor medicale, produse medicale de urgenţă (sînge, antibiotice, vaccin B.C.G. şi antirabic etc.). In anii regimului de democraţie populară s-a acordat o deosebită atenţie îmbunătăţirii condiţiilor de odihnă şi cură în staţiunile balneo-climaterice. Dacă în timpul capitalismului un număr extrem de redus de oameni ai muncii au putut ajunge în aceste staţiuni, regimul nostru a organizat în ultimii ani trimiterea a sute de mii de oameni pentru odihnă şi îngrijirea sănătăţii.

O mai bună organizare a activităţii organelor administrative şi medicale din staţiunile balneo-climaterice bazată pe un substanţial ajutor de stat pentru rezolvarea problemelor edilitare, de salubritate etc., va putea asigura o şi mai bună deservire a oamenilor muncii trimişi în staţiunile balneo-climaterice.

★

Activitatea igienico-sanitară şi sanitaro-antiepidemică reprezintă un capitol nou în sistemul de ocrotire a sănătăţii din R.P.R., organizat în anii regimului de democraţie populară.

Spre deosebire de metoda „campaniilor" sanitare şi antiepidemice organizate periodic în timpul regimului capitalist, astăzi avem o reţea de instituţii stabile cu cadre specializate care posedă o metodologie pentru asigurarea controlului sanitar curent şi preventiv şi se bazează în activitatea lor pe o legislaţie sanitară care le întăreşte autoritatea în mod simţitor.

In scopul întăririi reţelei sanitaro-antiepidemice au fost înfiinţate după exemplul experienţei sovietice un număr mare de sanepiduri regionale, orăşeneşti şi raionale, instituţii specializate pentru controlul sanitar curent şi lupta antiepidemică. De asemenea au fost organizate în cadrul sanepidurilor numeroase laboratoare de igienă, staţiile de malarie au crescut cu 86,7% faţă de 1948, centre şi subcentre antimalarice, numărul de paturi pentru cazurile de boli infecto-contagioase a crescut cu 104%, numărul de medici igienişti a crescut de la 100 la peste 1000, au fost pregătite cadre de felceri igienişti. Cantitatea de armament antiepidemic şi aparatura de specialitate asigură astăzi condiţiile materiale pentru a preîntîmpina sau a lupta eficient cu bolile epidemice.

Organizarea unui sistem rapid şi eficient al evidenţei şi raportării bolilor infecto-contagioase, introducerea anchetei epidemiologice în munca antiepidemică, reorganizarea producţiei de seruri şi vaccinuri în cadrul Institutului Cantacuzino, participarea mai activă a personalului medical din instituţiile curativo-profilactice la luptă antiepidemică, atragerea maselor populare la acţiuni importante sanitare, participarea oamenilor de ştiinţă la alcătuirea planurilor de măsuri pentru scăderea bolilor epidemice reprezintă o parte a mijloacelor şi metodelor cu care s-a desfăşurat activitatea de asigurare a bunei stări sanitare şi epidemiologice a ţării.

Toate acestea au avut ca rezultat o scădere simţitoare a morbidităţii şi mortalităţii prin boli transmisibile.

Astfel faţă de anul 1938, a scăzut morbiditatea şi mortalitatea prin difterie, dizenterie, febră tifoidă şi mai ales tifos exantematic. Celelalte boli transmisibile înregistrează de asemenea o sensibilă descreştere.

Imbunătăţirea condiţiilor igienico-sanitare de la locul de muncă şi trai al populaţiei muncitoare a fost o grijă permanentă a organelor conducătoare ale statului.

Acestui scop a servit dezvoltarea sectorului igienico-sanitar din sanepid prin pregătirea de medici igienişti pe profilurile igienei comunale şi şcolare, a igienei muncii şi alimentaţiei, înfiinţarea laboratoarelor, elaborarea normelor ştiinţifice de asigurare a condiţiilor igenico-sanitare, organizarea uneia dintre cele mai importante forme de ocrotire a sănătăţii oamenilor muncii, Inspecţia Sanitară de Stat.

Astfel în scopul îmbunătăţirii condiţiilor de muncă din mediul industrial, s-a realizat în numeroase întreprinderi mecanizarea şi ermeticizarea procesului tehnologic, s-a îmbunătăţit ventilaţia, s-a introdus perforajul umed, s-au luat măsuri de tehnică a securităţii şi protecţia muncii. Paralel cu îmbunătăţirea asistenţei medicale aceste măsuri au adus o contribuţie importantă la scăderea morbidităţii cu incapacitate de muncă a bolilor profesionale şi accidentelor de muncă.

S-au realizat de asemenea îmbunătăţiri în ceea ce priveşte condiţiile de mediu din instituţiile de copii, preşcolari şi şcoli. Introducerea regulilor de igienă, raţionalizarea programului de odihnă şi învăţământ, îmbunătăţirea formelor de educaţie ale copiilor, modificarea localului de învăţământ, organizarea justă a vacanţei de vară a copiilor şi elevilor etc., au adus un aport real îmbunătăţirii stării de sănătate a copiilor.

In privinţa îmbunătăţirii condiţiilor de trai ale colectivităţilor urbane şi rurale s-au întreprins de asemenea unele acţiuni importante. Astfel pentru a evita urmările grele pe care le puteau avea menţinerea vechilor instalaţii de apă insuficiente şi defecte moştenite de la regimul burghezo-moşieresc s-au luat unele măsuri de reparare, modificare şi construire (pentru unele centre muncitoreşti) a conductelor de apă, iar paralel s-a întreprins un control al mijloacelor de alimentaţie cu apă a populaţiei din mediul rural cu luarea de măsuri eficiente. De asemenea s-a îmbunătăţit canalizarea centrelor populate şi s-au luat măsuri pentru organizarea serviciilor de salubritate.

Alimentaţia populaţiei a pus probleme destul de importante în faţa organelor sanitare chemate să supravegheze şi să introducă normele igienico-sanitare şi în acest sector. In acest scop, medicii igienişti au trebuit să arate o deosebită perseverenţă şi combativitate pentru a asigura condiţii

igienice în ceea ce privește producția, păstrarea, transportul și comercializarea produselor alimentare. O mare atenție s-a dat supravegherii condițiilor de preparare, păstrare și servire a alimentelor în localurile de alimentație publică, precum și a celor de vînzare a produselor în piețe.

Organizarea și consolidarea Inspecției Sanitare de Stat în ultimii ani reprezintă o realizare importantă a sistemului de ocrotire a sănătății din R. P. R. Avizarea unui număr din ce în ce mai mare de proiecte de construcție, ridicarea unor probleme ca : alimentația cu apă potabilă la nivelul organelor superioare de stat, elaborarea de stass-uri pe linia igienei comunale și alimentare, reglementarea instituirii perimetrelor de protecție a surselor și instalațiilor de apă și a normelor generale pentru amplasarea și proiectarea întreprinderilor industriale, începerea cu ajutorul Institutului de igienă și a cadrelor din teren a cercetărilor în problemele impurificării și auto-purificării aerului atmosferic, a apelor reziduale fecaloid-menajere și industriale etc. constituie un început bun pentru munca acestei instituții.

Toate acestea arată că pe baza participării mai active a diferitelor departamente și a Sfaturilor Populare și prin ridicarea tehnicității muncii, activitatea igienico-sanitară și sanitaro-antiepidemică va avea noi rezultate bune în folosul ocrotirii sănătății oamenilor muncii din patria noastră.

★

Problema cadrelor este și pentru domeniul ocrotirii sănătății una din problemele de bază care hotărăște soarta politicii sanitare. De aceea, încă imediat după eliberarea țării, s-a pus problema măririi numărului de cadre, al ridicării nivelului profesional și specializării lor, au existat preocupări pentru o rațională repartizare și o justă promovare a cadrelor.

Pentru a mări numărul medicilor și a crea specialiști în domenii în care golurile erau mai mari, s-au înființat două institute de învățămînt superior, iar apoi au fost organizate în cadrul institutelor medico-farmaceutice facultățile de medicină generală, pediatrie, igienă, stomatologie și farmacie. De asemenea s-au organizat cursuri de specializare pentru diferite specialități în care existau un număr mai mic de cadre ca : ftiziologi, oftalmologi, pediatri, igieniști, iar mai tîrziu s-a înființat Institutul de perfecționare și specializare a medicilor și farmaciștilor. Drept rezultat la sfîrșitul anului 1953 numărul de medici a crescut cu cca. 50% și au fost formați o serie întreagă de medici specialiști care își aduc aportul lor la îmbunătățirea asistenței medicale.

Desigur că în toată această perioadă, atît institutele de învățămînt medical superior și institutele de cercetări științifice, cît și Ministerul Sănătății cu organele sale din subordine au suferit un proces de democratizare care a permis îndepărtarea elementelor dușmănoase intereselor poporului, corupte, birocrate, incapabile și înlocuirea lor cu cadre tinere atașate cauzei poporului muncitor, care au crescut în muncă acumulînd experiență și au introdus o atitudine nouă față de muncă, față de om.

Paralel cea mai mare parte a cadrelor vechi cu o bună pregătire profesională și o mare experiență au înțeles marile prefaceri care au avut loc la noi în țară și s-au încadrat în munca patriotică de organizare a unui real sistem de ocrotire a sănătății poporului muncitor.

Există numeroase exemple care arată că personalul medico-sanitar are o atitudine mai atentă față de bolnavi, că se manifestă în general o atitudine

disciplinată față de muncă și sarcini. Aceasta a permis decorarea unui număr mare de cercetători științifici, cadre didactice și medici, și cadre medii sanitare.

O serie de măsuri și în special H.C.M. nr. 4320 arată o grijă crescîndă a guvernului și partidului pentru îmbunătățirea condițiilor de muncă și ale vieții, a personalului medico-sanitar.

In ultimii ani au căpătat o dezvoltare deosebită școlile pentru cadrele sanitare medii de diferite profiluri.

O realizare importantă în domeniul pregătirii de cadre o constituie înființarea aspiranturii care va da cadre necesare muncii științifice și didactice și secundariatul clinic care va pregăti cadre profesionale înalt calificate pentru instituțiile medicale importante ale rețelei medico-sanitare.

Pregătirea unui număr de 26 aspiranți în U.R.S.S. înseamnă un prețios ajutor pentru munca științifică și didactică din țara noastră.

In comparație cu trecutul, repartizarea cadrelor s-a făcut mai judicios, fapt care a permis ca centrele muncitorești și mediul rural să primească un important număr de cadre medicale și cadre sanitare medii.

O creștere a numărului cadrelor medico-sanitare împreună cu o mai justă repartizare și un sistem de creștere, perfecționare și specializare a lor va putea într-un timp relativ scurt să asigure din plin nevoile ocrotirii sănătății din țara noastră.

Regimul de democrație populară a dat mari posibilități de dezvoltare științei medicale de la noi din țară. Aceasta a avut ca rezultat un avînt al unei munci științifice medicale care a început să vie din ce în ce mai mult în ajutorul practicii ocrotirii sănătății.

In ultimii ani s-au depus eforturi mari pentru a asigura o justă orientare a științei medicale

Sesiunea din 1950 a Academiei de Științe și a Academiei de Științe Medicale din U.R.S.S. închinată învățăturii lui I. P. Pavlov, traducerea și difuzarea unui bogat material documentar din cuceririle științei medicale sovietice, vizitele oamenilor de știință sovietici în R.P.R. și a celor din țara noastră în U.R.S.S., sesiunea din decembrie 1952 a Academiei R.P.R. și Ministerul Sănătății sînt o parte a elementelor care au contribuit în mod hotărîtor la o justă orientare a medicinei noastre pe drumul unei științe materialiste legată de popor și pe linia învățăturii lui I. P. Pavlov.

De o importanță deosebită sînt eforturile făcute pentru dezvoltarea unei științe medicale bazate pe concepțiile materialismului dialectic.

In ultimii ani s-au făcut o serie de realizări în ceea ce privește însușirea experienței științei medicale sovietice și combaterea cosmopolitismului, legarea cercetărilor științifice de practică și introducerea planificării în munca științifică medicală.

Pe baza creșterii importante a numărului de institute de cercetări științifice ale Academiei R.P.R. și Ministerul Sănătății, au crescut numărul de cadre de cercetători, au fost studiate o sumă de probleme noi care au și dat rezultate pozitive.

In ultimii ani presa medicală a cunoscut o adevărată înflorire. S-au publicat numeroase manuale și monografii originale, s-au tradus multe lucrări din literatura științifică sovietică.

Societatea Științelor Medicale înființată în ultimii ani a început să se

dezvolte antrenînd treptat un număr din ce în ce mai mare de medici şi oameni de ştiinţă la discutarea problemelor medicale importante.

★

Importantele succese obţinute în domeniul ocrotirii sănătăţii oamenilor muncii subliniază încă odată că aceasta nu ar fi fost posibil dacă în ţara noastră nu s-ar fi produs transformările politice, sociale şi culturale care au avut ca rezultat dezvoltarea şi întărirea statului democrat popular.

Condiţiile care au permis crearea unui sistem real de ocrotire a sănătăţii şi obţinerea unor rezultate importante în acest domeniu sînt:

1. Justa politică a Partidului Muncitoresc Romîn a cărui preocupare centrală este grija permanentă faţă de om.
2. Intărirea statului de democraţie populară care organizează lupta pentru sporirea producţiei industriale şi agricole în interesul ridicării nivelului de trai material şi cultural al oamenilor muncii.
3. Ajutorul neprecupeţit şi bogata experienţă a Uniunii Sovietice în care s-a creat pentru prima dată în lume un sistem real de ocrotire a sănătăţii celor ce muncesc.
4. Avîntul patriotic cu care marea majoritate a medicilor, personalului sanitar mediu şi corpul medical din institutele de învăţămînt superior şi institutele de cercetări ştiinţifice participă la consolidarea sistemului socialist de ocrotire a sănătăţii în ţara noastră.

Pe baza hotărîrii plenarei C.C. al P.M.R. din august 1953, sistemul de ocrotire a sănătăţii din R.P.R. a făcut o cotitură în ceea ce priveşte sarcinile importante care îi stau în faţă.

Cuceririle obţinute pînă în prezent în ocrotirea sănătăţii poporului muncitor reprezintă numai începutul unei grandioase activităţi îndreptată spre asigurarea satisfacerii maxime a nevoilor materiale şi culturale mereu crescînde ale oamenilor muncii.

CONCEPŢII INAINTATE PRIVIND SĂNĂTATEA PUBLICĂ IN GÎNDIREA LUI VICTOR BABEŞ

Conf. dr. GROSZ GÉZA
Director adj. ştiinţific al Centrului de Organizare a ocrotirii sănătăţii şi istoria medicinei

Neobositul cercetător şi deschizător de căi noi în medicină, Victor Babeş — care aşa cum a fost caracterizat de revista ilegală a partidului „Cultura Proletară", la moartea sa (noiembrie 1926), „prin concluziile sociale ale observaţiilor ştiinţifice şi prin tragicul lui sfîrşit", a aparţinut proletariatului romîn conştient — ne-a lăsat moştenire o operă ştiinţifică vastă, cuprinzînd peste 1300 de titluri.

Citind cu un tot mai viu interes scrierile profesorului Babeş, interes care se transformă pe nesimţite într-o adevărată pasiune, medicul, oricare ar fi preocupările lui, domeniile lui preferate de activitate, descoperă de la început în paginile scrise de acest savant progresist, o bogăţie de idei referitoare la toate aceste domenii şi o atitudine curajoasă de luptător. Cititorul de azi simte o înrudire între ideile autorului şi gîndurile sale, găseşte sentimente comune, care au rezistat în mare parte timpului.

Această descoperire face ca sentimentul iniţial de sfială inspirat cititorului de vastitatea operei lui Victor Babeş, să facă loc admiraţiei pentru originalitatea gîndirii marelui savant, şi pentru ideile sale, care reprezintă o luare de poziţie hotărîtă în problemele sociale ale timpului.

Medicul care îşi consacră forţele şi priceperea problemelor de organizare a ocrotirii sănătăţii publice, pentru a contribui astfel la ridicare nivelului sanitar al poporului muncitor în noile condiţii create în ţara noastră, descoperă în opera lui Victor Babeş gînduri preţioase şi o atitudine de luptător dîrz, demn de admiraţie, neclintit în convingerea sa că nu prin clasele conducătoare egoiste, degenerate şi nepăsătoare faţă de suferinţele poporului şi nici prin administraţia politicianistă şi coruptă, vom putea păşi pe calea „regenerării", pe calea progresului, ci printr-o „altă putere".

Activitatea profesorului Babeş, ale cărui preocupări erau îndreptate spre îmbunătăţirea situaţiei economice şi sanitare a poporului romîn, nu a fost pe placul regimului burghezo-moşieresc de tristă amintire. Pasionatul cercetător al bolilor care loveau în „sănătatea claselor inferioare", savantul care a scris că nu vorbeşte de tuberculoză bogaţilor decît „pentru a arăta că îngrijirea acestor tuberculoşi a dovedit că tuberculoza se vindecă uşor dacă e bine îngrijită" şi care, în schimb, nu a pierdut nici o ocazie de a vorbi despre tuberculoza săracilor, era o persoană incomodă pentru conducătorii acelui regim.

Ei nu au putut să-l înlăture din cauza reputaţiei internaţionale pe care savantul o dobîndise şi de aceea au recurs la şicane şi la ignorarea strălucitei sale activităţi, peste care au aşternut linţoliul tăcerii. Pentru acest savant luptător nu a existat iertare nici după moarte: la înmormîntarea lui de abia s-au strîns cîteva zeci de persoane. Conducătorii regimului burghezo-moşieresc şi-au dat seama că opera lui Babeş nu a dispărut odată cu moartea lui, ci dimpotrivă că ea constituie un act viu de acuzare împotriva acelora care poartă vina pentru faptul că, aşa cum s-a exprimat Babeş în 1919 „în loc ca întinderea şi bogăţia acestei ţări binecuvîntate să ne asigure un loc de frunte şi stare economică bri-liantă, ne găsim astăzi în deplin faliment, expuşi ruinii şi foametei şi mai mult decît oricînd sub dependenţa şi exploatarea nemiloasă a statelor mari".

Unii au încercat să-l înfăţişeze ca pe un cercetător izolat preocupat de ştiinţa pură: „profesorul Babeş a ştiut să stea departe de toate, plecat pe microscopul său, înconjurat de colaboratorii şi elevii săi, retras în lumea sa admirabilă şi îmbătătoare a cercetărilor de lucruri noi". citim în volumul omagial oferit profesorului în anul 1915, cu ocazia împlinirii vîrstei de 60 ani.

Intreaga viaţă şi luptă deschisă împotriva ignoranţei empirismului şi maşinaţiilor politicianiste, care caracterizau guvernarea burghezo-moşierească, desminte aceste încercări de a falsifica poziţia savantului Babeş. El însuşi a declarat: „Sînt chemat... nu ca să mă închid în laboratorul meu, ci să colaborez în mod activ la ridicarea sănătăţii publice şi sînt obligat să dau alarmă, fără frică şi fără consideraţii de persoane, în momentul cînd din sferele înalte ale ştiinţei privind condiţiile prosperităţii naţiunii observ semnele degenerării progresive a poporului romîn". (Din conferinţa ţinută la Ateneul Romîn în ziua de 26 noiembrie 1900).

In adevăr luptătorul Victor Babeş nu a scăpat nici un prilej pentru a demasca fără cruţare „degenerarea straturilor superioare care se manifestă mai cu seamă prin lipsa de patriotism şi printr-un egoism funest", prin faptul că aceste clase superioare „nu găsesc mijlocul de a garanta cel puţin într-atîta sănătatea publică, încît populaţia... să nu descrească şi să nu sufere de toate bolile mizeriei".

Persecuţiile rafinate din partea forurilor conducătoare şi a uneltelor lor nu l-au dezarmat pe profesul Babeş, nu l-au făcut mai docil, mai pe placul oficialităţilor, dar au reuşit să-i facă viaţa un adevărat calvar. Babeş nu a ascuns acest lucru şi în răspunsul său la banchetul oferit în cinstea lui cu ocazia împlinirii vîrstei de 60 ani, în prezenţa minis-

trului instrucțiunii publice și al cultelor, savantul, în loc de cuvinte de mulțumire, așa cum se cuvenea unui sărbătorit „bine crescut", vorbește de moralul său, greu încercat în ultimele timpuri și încheie adresîndu-se tineretului cu următoarele cuvinte: „voi îmi dați o nouă forță de muncă și cel mai frumos sprijin moral pe care-l poate aștepta sufletul meu amărît".

Intreaga viață și operă științifică a savantului Victor Babeș este un exemplu demn de urmat al înțelegerii profunde a răspunderii și rolului omului de știință patriot, legat de popor.

Concepțiile lui asupra organizării sănătății publice, asupra politicii sanitare, cum îi plăcea să se exprime, izvorăsc din grija pentru binele poporului încercat de mizerie și de boli, despuiat și terorizat de conducătorii hrăpăreți și de o administrație coruptă. Babeș a atribuit un rol de frunte, uneori chiar exagerat, științei medicale și medicilor în opera de salvare, de „regenerare a poporului".

Intr-o perioadă cînd reprezentanții intereselor burgheziei romînești îmbrățișau cu căldură toate teoriile născocite cu scopul nemărturisit de a justifica absența statului burghez și indiferența lui criminală față de ocrotirea sănătății poporului, cînd teoriile lui Malthus și ale *neomalthusianiștilor* erau larg răspîndite și aplaudate, profesorul Babeș a insistat neîncetat asupra datoriei statului de a interveni energic pentru înlăturarea mizeriei și bolilor.

Victor Babeș a înțeles rădăcina economică a bolilor cu largă răspîndire în masă și a unor fenomene demografice îngrijorătoare. „Condițiile sănătății claselor de jos stau mai întîi în o lipsă nedreptățită a cerințelor celor mai primitive ale vieții și sănătății și numai în a doua linie în grija defectuoasă a statului pentru institute generale igienice și în grija insuficientă pentru sănătatea individului", afirmă Babeș în 1894, în conferința despre „Datoriile statului față de descoperirile bacteriologiei", continuînd mai departe: „vedem că nimic nu justifică separarea sănătății publice de aceea a individului și tocmai pentru aceasta, îndatoririle statului se măresc într-atîta, încît se impune o reformă radicală a stării sanitare". Dar Babeș nu se oprește aici, ci trage concluzia că: „grija internațională pentru sănătate ar consta în a pune interesele sanitare ale populației lucrătoare deasupra intereselor capitalului și concurenței și apoi... a înlătura o parte din instituțiile de stat atît de costisitoare care slujesc de apărare unora împotriva altora și anume armata".

Babeș a dezvăluit fățărnicia afirmațiilor după care „statul nu are a se amesteca în viața de familie și că nu are obligația să caute pe bolnavi", calificîndu-le drept prejudecăți „în aparență foarte liberale... însă foarte vătămătoare din punctul de vedere igienic". In aceeași ordine de idei, profesorul Babeș dezvăluie substratul teoriilor după care îngrijirea sănătății este treaba individului și nu a statului și că orice măsură luată de stat în acest sens ar fi egală cu un atentat la libertatea individului. Dacă în fața acestor axiome, spunea Babeș în 1894 la congresul medical de la Roma, „ne amintim că libertatea individului este înăbușită în interesul religiei, în interesul claselor stăpînitoare și bogate, în interesul tradiției și al cerințelor convenționale, va trebui să recunoaștem

că această mărinimie a statului de a lăsa individului neştirbit dreptul la boală, dreptul de a se îngriji cum îl taie capul cînd e bolnav, dreptul de a răspîndi boala nu-şi are originea în principiul respectului pentru libertatea individuală".

Cuvintele lui Babeş nu şi-au pierdut încă actualitatea nici în zilele noastre, cînd în statele capitaliste arsenalul teoriilor de felul celor combătute de Babeş se îmbogăţeşte pe zi ce trece cu alte teorii similare, la baza cărora stă de fapt intenţia de a masca reducerile de alocaţii acordate nevoilor social-culturale din cauza sporirii necontenite a cursei înarmărilor. Ne gîndim, de pildă, la teoreticienii medicinei psiho-somatice care caută să justifice neintervenţia statului în problemele sănătăţii publice prin afirmaţia că vindecarea bolii este o chestie de voinţă, sau la teoriile freudiste, propagate cu entuziasm de medicina oficială din S.U.A.

Cauza principală pentru care guvernele noastre nu găsesc acest mijloc, spunea Babeş, referindu-se la mijloacele prin care statul trebuia să intervină împotriva răspîndirii bolilor sociale şi pentru descreşterea populaţiei, este „preocuparea lor de interesele personale de partid şi deprecierea ştiinţelor sanitare"...

In această problemă, „Socialismul", organul Partidului Socialist şi al Uniunii Sindicale (devenit ziar al Partidului Comunist din Romînia, la înfiinţarea acestuia) a reprodus în întregime cuvîntarea rostită de Babeş la şedinţa festivă de deschidere a celui de al XXII-lea Congres al medicilor, din 15 iunie 1919, ţinută în prezenţa familiei regale şi a guvernului. In această cuvîntare, profesorul Babeş, în contrast cu atitudinea servilă a majorităţii vorbitorilor, a arătat cu curaj care este răspunderea claselor dominante pentru ravagiile pe care le făceau epidemiile în ţara noastră în acea perioadă: „ştiinţa modernă a găsit mijloace sigure pentru a combate cu succes cele mai multe boli infecţioase, care constituie marea majoritate a tuturor bolilor: dacă aceste mijloace nu sînt astăzi aplicate în practică, cauzele sînt în prima linie dezorientarea şi deci lipsa de convingţiune din partea clasei noastre conducătoare, lipsa de medici şi mai cu seamă lipsa de mijloace bogate, căci mijloacele de care dispunem astăzi pentru lupta sanitară, sînt minimale în comparaţie cu cerinţele ştiinţei".

Este deosebit de sugestiv felul în care Victor Babeş dezvăluie atitudinea acelui stat imperialist care în acele vremuri deţinea rolul dominant în lumea capitalistă: „este un singur stat cu pretenţia de a conduce civilizaţia, care la sine acasă nu are lepră, pe cînd coloniile sale sînt devastate de lepră şi de bolile cele mai teribile, prin care ameninţă neîncetat restul lumii civilizate. Acest stat este Anglia. Intr-adevăr în coloniile sale indiene există vreo 200.000 de leproşi: aici mor vreo 100.000 de oameni pe lună de ciumă şi mii de oameni de holeră. Mizeria şi foametea cea mai teribilă sînt la ordinea zilei, astfel încît indigenii sînt cei mai nenorociţi, mai părăsiţi şi mai decimaţi de bolile care, prin o bună administraţie ar trebui să fie de mult stîrpită". („Conv. Literare", 1902, pag. 647).

★

Pe savantul Babeș l-au preocupat înainte de toate problemele țărănimii.

Acest fapt este explicabil, dacă ne gîndim că răscoalele țărănești care s-au succedat la sfîrșitul secolului trecut, culminînd cu cele din 1907, au zguduit adînc conștiința intelectualilor progresiști din țara noastră și au contribuit ca aceștia să vadă în primul rînd mizeria fără seamăn a țărănimii exploatate de moșieri și arendași și expusă teroarei administrației locale.

Este semnificativ faptul că tocmai în anul 1907 Victor Babeș declară de la tribuna Academiei Romîne că anchetele lui științifice „arată o stare atît de mizerabilă în cea mai mare parte a țării, țăranul este atît de îndatorat și exploatat, încît în starea de astăzi, în cea mai mare parte a țării nici nu poate fi vorba de ridicarea sa economică. Din contră, se îndatorează din ce în ce mai mult și locuința, hrana lui, devin din ce în ce mai mizerabile, tainul infect de la arendaș sau proprietar îl îmbolnăvește, devine pelagros și este atins de toate bolile mizeriei. Copiii pelagroșilor, din cauza mizeriei atît de mari, din cauza lipsei de brațe, de la fragedа lor etate sînt forțați a munci, nu pot umbla la școală, lipsindu-le timpul, cărțile, hainele, dar înainte de toate nu au nici școli nici învățători suficienți".

Profesorul Babeș a știut să facă legătura între starea sanitară precară a țăranului și situația lui economică: „Inainte de toate ar trebui ca temelia sănătății și prosperității țăranului să fie fundată. Cu toate legile care garantează proprietatea țăranului există în această legislație atîtea lipsuri, încît țăranul este tributar proprietarului și arendașului și de multe ori exploatat... în mod nemilos". El vede că legile nu erau făcute decît pentru a asigura marilor cultivatori brațe de muncă ieftine, și afirmă că „toate așa-numitele îmbunătățiri ale legilor din 1872—82 și 92 nu sînt decît în defavoarea țăranului, astfel că astăzi învoielile agricole sînt atît de aspre, încît sărmanul țăran e despuiat tot timpul, de toate economiile și de toată averea sa. Adăugîndu-se la aceasta și dările către stat și diferite administrații din ce în ce mai crescînde, starea economică a țăranului e disperată și devine din ce în ce mai intolerabilă...". Babeș conchide că „nimic nu ne autorizează să presupunem că această stare de lucruri are să se amelioreze de la sine, din contră, toate ne fac să credem că sistemul administrativ de astăzi va înăspri și mai rău această tristă stare de lucruri".

Aceste cuvinte rostite în anul 1901 s-au dovedit a fi profetice, situația țărănimii ajungînd atît de dezastruoasă, încît au izbucnit răscoalele din 1907, înecate de burghezo-moșierime în sîngele a mii de țărani.

De altfel, între 1890 și 1910, profesorul Babeș a desfășurat o intensă activitate socială, concomitent cu cercetările de laborator care i-au asigurat renumele ce a depășit hotarele Romîniei.

Este tocmai perioada în care țărănimea, împinsă la deznădejde de jaful moșieresc, despuiată și mai mult în urma aplicării legilor învoielilor agricole, căuta scăparea în răscoalele împotriva exploatatorilor ei.

Mișcarea muncitorească din acea vreme arăta un interes deosebit pentru revendicările țărănimii. Astfel, în programul votat în 1893 la

congresul de constituire al Partidului Social-Democrat al Muncitorilor din Romînia se propune printre altele în ceea ce priveşte „clasa muncitorilor agricoli": „Desfiinţarea zilelor de prestaţie. O lege pentru tocmelile agricole spre a garanta pe muncitori contra despuierii arendaşilor şi proprietarilor. Desfiinţarea tuturor învoielilor în natură, rămăşiţe ale iobăgiei... înfiinţarea de infirmerii în fiecare comună rurală şi spitale în număr îndestulător".

Este izbitoare asemănarea dintre punctele programatice ale mişcării socialiste şi unele din propunerile asupra mijloacelor de combatere a pelagrei făcute în 1904 de Babeş, în numele „Asociaţiei generale a medicilor din ţară". Profesorul Babeş pornea de la principiul că „numai reforme adînci de ordine administrav-economice de o parte, de ordine culturală de alta, urmărite cu sinceritate şi perseverenţă, vor aduce de la sine stingerea pelagrei" şi de aceea propunea printre altele: „fixarea salariului minim în muncile agricole, fixarea duratei zilei de lucru, excluderea de la executarea silită pentru datorii a zilelor de lucru trebuitoare ţăranului pentru îngrijirea în condiţii bune şi la timp a propriului ogor... pedepsirea infamantă a celor care dau ţăranilor cu titlu de vînzare, împrumut ori tain, alimente şi mai cu seamă porumb stricat. A se urmări pe toate căile desfiinţarea arendaşului şi a se ajuta în toate chipurile ca arendarea marilor domenii să se facă la asociaţii de muncitori agricoli. Exemplul ar trebui dat de stat, care ar trebui să înceapă a nu mai arenda domeniile sale de cît la asociaţii ţărăneşti, ori de cîte ori lucrul va fi posibil. Intervenţia statului pentru a face posibil, ca pămîntul ce se înstrăinează din buna voie a proprietarului să poate trece prin cumpărare în mîna asociaţiilor de săteni în condiţii suportabile pentru aceştia".

Nici una din nenumăratele tragedii ale ţărănimii sărace, din bolile care au secătuit-o şi, în general, din problemele sanitare ale locuitorilor comunelor rurale nu a scăpat atenţiei profesorului Babeş. Totuşi, problemele care l-au preocupat înainte de toate erau cele legate de mortalitatea copiilor şi de epidemiile care făceau adevărate ravagii la ţară: malaria, pelagra şi tuberculoza, „bolile poporale", care după cuvintele lui Babeş „se pot considera ca stigmatele unei rele administraţii sanitare şi a unei stări de neglijenţă nepermisă în îngrijirea binelui public...".

Pierderile enorme cauzate de mortalitatea infantilă care a luat aspecte catastrofale, fără seamăn în Europa, au preocupat pe toţi savanţii şi medicii progresişti. Ce face astăzi statul faţă de această stare dezastruoasă? întreabă Babeş şi răspunde revoltat: „putem afirma că nu face nimic!".

Pentru a argumenta cît mai convingător, profesorul Babeş a recurs de obicei la date statistice şi pe baza analizei minuţioase a acestor date a ajuns la concluzia că „ţinta cea mai importantă pentru regenerarea poporului romîn va trebui să fie îngrijirea copiilor mici".

Profesorul Babeş respinge afirmaţiile antiştiinţifice bazate pe teoria „selecţiei naturale" a darwinismului social, teorie propagată de către reprezentanţii burgheziei în ştiinţele biologice. El arată că nu trebuie să se creadă „că dacă mor mulţi copii, cei rămaşi sînt mai re-

zistenţi ; din contră... cei rămaşi vor suferi de bolile care deşi nu le cauzează moartea, totuşi le subminează sănătatea".

In broşura intitulată „Bolile ţăranului romîn", profesorul Babeş scoate în evidenţă că „mai ales la ţară mor copiii cu sutele şi miile în primul an al vieţii". Degeaba natalitatea este mare la ţărani, spune Babeş, „căci jumătatea copiilor mor în primul an al vieţii şi este încă de mirare, că cealaltă jumătate scapă de moarte".

Babeş a arătat consecinţele indigestiei, diareei şi dizenteriei la copii, dintre care numai puţini beneficiază de o alimentaţie potrivită vîrstei : „însă chiar aceştia trebuie să se mulţumească cu laptele unor mame slăbite, bolnave, rău nutrite, obosite de muncă grea...".

Cercetînd cauzele unor fenomene demografice atît de îngrijorătoare, ca mortalitatea infantilă excesivă, profesorul Babeş insistă mereu asupra „legăturii strînse între starea materială, educaţia şi starea sanitară a ţăranului", şi subliniază îndeosebi pericolul reprezentat prin prejudecăţile şi obiceiurile felurite care periclitează sănătatea şi viaţa copiilor. O parte din aceste „prejudiţii", scrie Victor Babeş, provine neapărat „din mizeria care nu permite ţăranului să întrebuinţeze mijloacele raţionale pentru prevenirea şi combaterea bolilor".

Intre prejudecăţile periculoase este socotită de către Babeş şi „prejudiţiul că străinul este inamicul care ne prăpădeşte", respingînd astfel diversiunile şovine folosite tot mai mult de către burghezie, pentru a distrage atenţia maselor despre cauzele adevărate ale mizeriei şi stării dezastruoase sanitare. „Cauza principală este statul care are întîia obligaţie de a se îngriji de bunăstarea şi de propăşirea neamului", scria Babeş în 1901.

Acuzatoare sînt cuvintele lui Babeş de cîte ori ridică problema pelagrei, pentru a dezvălui cauzele adevărate ale acestei boli „care dă de gol tot egoismul claselor dominatoare". Victor Babeş a demonstrat pe baza experienţelor proprii că pelagra este o boală „produsă de porumb stricat la oameni degeneraţi şi slăbiţi". La noi porumbul bun se exportează, constată Babeş, iar proprietarul şi arendaşul din regiunile pelagroase dau ţăranului romîn „porumbul pe care l-a refuzat Englezul chiar pentru nutreţul porcilor săi".

O altă boală „socială" remarcată încă de Dimitrie Cantemir şi caracterizată în a sa „Descriptio Moldaviae", ca „fiind o boală mai periculoasă ca ciuma şi prin consecinţele ei" este malaria, de care s-a preocupat îndeaproape profesorul Babeş. Referindu-se la măsurile pe care ar fi trebuit să le ia statul pentru a stîrpi această boală, Babeş remarcă cu o ironie muşcătoare, că secarea bălţilor e un lucru prea costisitor şi nu se poate cere de la guvern şi de la administraţiile publice, căci „nu facem nimic şi nu cheltuim nimic, oricît de mari ar fi foloasele pentru viitor, dacă nu avem foloase imediate, precum sîntem gata a vinde totul, numai să ne aducă folos cît de mic, dar la moment".

★

Pe baza cunoașterii profunde a situației adevărate a sănătății publice, obținute prin cercetări și studii minuțioase, ale căror rezultate au fost analizate și interpretate de profesorul Babeș pentru a fi propuse spre aplicare și propagate prin conferințe și articole, s-a cristalizat concepția lui organizatorică.

Fiind convins că „îngrijirea conștientă și activă pentru sănătatea publică în urma dezvoltării însemnate a științelor sanitare trebuie să fie una din sarcinile principale ale statului", profesorul Babeș vede condiția de care atîrnă îmbunătățirea organizației sanitare în scoaterea serviciului sanitar de sub conducerea ministerului de interne și în „crearea unui minister al sănătății publice, care să fie pus la adăpostul fluctuațiilor politice". Babeș precizează că este necesară „concentrarea la serviciul sanitar a tuturor mijloacelor destinate pentru sănătatea publică și acelora destinate pentru caritatea publică, cu care se fac multe abuzuri și risipe, pentru a fi distribuite pentru adevăratele trebuințe sanitare".

Preconizarea înființării unui minister independent al sănătății publice, care „s-ar putea uni poate cu un minister al muncii", în acea perioadă (1894—1898—1907) trebuie considerată ca o vedere înaintată. Dar profesorului Babeș i-a fost dat să se convingă că în condițiile orînduirii burgheze, un astfel de minister „independent", ca cel înființat în țara noastră în anul 1922, nu-și pune în mod sincer problema ocrotirii sănătății poporului muncitor. Experiența istorică a Uniunii Sovietice ne-a dovedit nouă că numai sistemul de ocrotire al unui stat socialist poate rezolva cu succes probleme atît de mari ca lichidarea bolilor moștenite de regimurile anterioare, apărarea și îmbunătățirea sănătății populației și prelungirea vieții.

Babeș era conștient că nu are ce spera de la „straturile superioare profund degenerate și atît de mult angajate partidelor politice, familiilor și prietenilor lor". Totuși schițează cu mîna sigură a omului de laborator felul în care concepe organizarea sanitară a țării, condusă de serviciul sanitar, în fruntea căruia trebuie pusă o persoană competentă, ajutată de un consiliu sanitar cu o înaltă competență, consiliu care să nu fie o simplă mașină de înregistrare, să nu fie ca astăzi un simplu corp consultativ... Acest consiliu ar trebui să aibă un vot decisiv în ceea ce privește combaterea bolilor și disciplina corpului medical. Serviciul sanitar ar trebui să dispună de un fond sanitar independent și de un al doilea fond, destinat asigurării și ridicării economice a țărănimii.

In mai multe articole (Prejudiciile sanitare, Studiile critice asupra actualei organizații sanitare etc.) profesorul Babeș elogiază instituția zemstvelor din Rusia dinaintea Revoluției, instituție care „poate interveni în mod independent și imediat fără multe formalități administrative, pentru instrucțiunea țăranului și pentru ridicarea stării lui sanitare". Dar ochiul critic al omului de laborator descoperă și unele deficiențe ale zemstvelor — e adevărat că nu lipsurile lor esențiale — și arată că „instituția nu a dat toate roadele așteptate, din cauză că la crearea ei nu s-a evitat un alt prejudiciu, care este din cele mai importante din cauză că s-a cheltuit aproape numai pentru spitale și

foarte puțin pentru prevenirea bolilor, zemstva era pe cale de a se compromite, pînă ce în fine, cu ocazia Congresului internațional de medicină din Moscova, conducătorii acestei instituții au găsit cuvîntul de scăpare. spunînd că principalul scop al ei trebuie să fie opera sanitară. Aceea ce a făcut Rusia și aceea ce a devenit astăzi convingerea tuturor reprezentanților adevăratei științe medicale, adică superioritatea imensă a prevenirii bolilor față de vindecarea lor, nu a putut să pătrundă pînă acum în convingerea cercurilor domnitoare din Romînia...".

Babeș pune față în față această concepție cu situația din Romînia, unde se susține că: „administrația sanitară are trebuință de o organizație birocratică... și că ea va fi cu atît mai perfectă cu cît va avea un număr mai mare de rapoarte prin dosare și cu cît mai multă hîrtie va fi întrebuințată în cancelariile serviciului sanitar. Se crede mai departe că orice medic e bun pentru a conduce serviciul sanitar cu toate dezastrele sanitare ce se vor cauza în mod fatal de către persoane necompetente în științele sanitare: că unica condiție ce trebuie cerută de la o atare persoană este să fie agreată de guvern și să nu facă greutăți".

Pe lîngă condițiile arătate mai sus de Babeș în vederea unei bune organizări sanitare, adică conducerea centrală competentă și independentă de influențele politicianiste, sprijinită de un consiliu sanitar ca for tehnic-științific, el pune încă o condiție, anume crearea unui personal sanitar pregătit pentru „științele sanitare".

Acest medic va fi „cu totul deosebit de medicul practician, printr-o specializare în medicina preventivă, pe cînd astăzi orice medic, și chiar orice om politic, se crede competent pentru a dicta și a executa măsurile sanitare". Pentru pregătirea acestor specialiști în medicina preventivă, precum și pentru pregătirea de ingineri sanitari, profesorul Babeș crede că va fi necesară fondarea unui institut special sau folosirea institutului condus de el.

In medicii primari de județe vede Babeș colaboratorii cei mai apropiați ai serviciului central, atribuindu-le rolul de inspectori sanitari regionali, care controlează și inspectează în mod continuu serviciile sanitare din județ. El se ridică împotriva înlocuirii acestor medici primari prin inspectorii trimiși de la Centru, căci „cunoștința profundă a terenului și continua observație sînt primele condiții pentru a ajunge la un rezultat practic, terenul și observația în cazul de față fiind cunoașterea profundă a regiunii și a țărănimii, a obiceiurilor, a stării economice și culturale, a geografiei medicale, a stării igienice a județului. Această profundă cunoștință a terenului de activitate nu o poate cîștiga un inspector, ci numai un om pregătit anume și trăind mult timp în mijlocul județului său". Medicii primari vor trebui să fie recrutați pe baza unui concurs sever. El cere ca aceștia să fi primit în institutul sanitar cunoștințele necesare din domeniul igienei.

Babeș constată că instituția medicilor primari de județ este bună și aduce foloase reale, totuși medicii primari sînt foarte puțin populari

printre cei care conduc destinele țării, căci cei mai mulți dintre acești medici sînt în continuă luptă cu administrația neglijentă și care nu-și face datoria față cu cerințele sănătății publice".

Profesorul Babeș nu concepe rezolvarea problemelor sanitare izolat de ansamblul problemelor de stat. El arată că pentru a rupe „cercul vicios care există între mizerie și starea proastă culturală și sanitară... trebuie neapărat ca medicul să conlucreze cu celelalte autorități, care trebuie luminate și inspirate de un înalt spirit de patriotism, pentru a asigura țăranului înainte de toate o mai bună stare materială și culturală".

Una din cauzele principale ale deficiențelor constatate în activitatea medicilor primari, de județe și, în general, a medicilor care activează pe teren este, după părerea profesorului Babeș, lipsa de conducători pricepuți, precizînd că atunci „cînd medicii sanitari văd că intențiile lor, din cauza nepriceperii organelor superioare rămîn fără folos, ei se descurajează, încep a se îndoi de importanța cercetărilor moderne și de rezultatele științifice obținute cu atîtea sacrificii și se pun pe o cale rătăcită de demagogie medicală, căutînd numai interesul lor personal, mărirea lefei și micșorarea controlului. Vinovați pentru această stare de lucruri sînt acei din guvernanții țării care, sceptici din cauza ignoranței lor în ale științelor sanitare și preocupați de interesul lor politic și personal, aleg conducători ai administrației sanitare persoane cu totul străine de științele sanitare, care sînt însă instrumente docile pentru scopurile lor și care nici prin convingere științifică, nici prin energie, nici prin prea mare patriotism nu tulbură scopurile politice sau financiare ale guvernului".

Realitatea îl silește pe profesorul Babeș să elaboreze măsuri organizatorice care ar da rezultate imediate. Situația sanitară nu îngăduia, după părerea savantului, nici o întîrziere, iar lipsa medicilor la țară nu ar putea fi remediată decît aproximativ în 20 de ani. Este caracteristic pentru concepția organizatorică a lui Babeș preocuparea pentru problemele cele mai arzătoare: lupta antiepidemică, prevenirea și combaterea mortalității infantile, precum și a bolilor larg răspîndite în masă, prin mijloace simple, care pot fi aplicate fără întîrziere. Aceste mijloace sînt infirmeriile rurale, agenții sanitari și moașele rurale.

Infirmeria rurală este instituția prin care Babeș vede rezolvarea imediată a izolării bolnavilor suferind de boli epidemice, măsură „excelentă pentru sănătatea publică".

Babeș a combătut faptul că au fost create cu cheltuieli prea mari cîteva spitale rurale și demonstrează că aceste așa-zise „spitale jubiliare" construite în scop propagandistic nu contribuie cu nimica pentru combaterea epidemiilor și pentru asanarea țării: din contră, adunîndu-se mulți bolnavi la un loc, bolile infecțioase se pot răspîndi prin aceste spitale. Mai cu seamă faptul că multe spitale nici nu au pavilioane de izolare pentru bolile infecțioase, pune în evidență insuficiența lor pentru combaterea bolilor țăranului. „Aceea ce ne trebuie și ce nu avem nu sînt aceste spitale pentru toate bolile, ci în prima linie infirmeriile, apoi spitale mari specializate cu cîte un chirurg sau un alt specialist".

Lipsa medicilor se poate remedia pentru un timp prin înființarea instituției agenților sanitari, în fiecare comună mai mare, recrutați dintre locuitorii comunei, care trec printr-o școală care funcționează la Institutul de patologie și bacteriologie.

Acești „modești ajutori ai medicilor" au dat rezultate bune în activitatea antiepidemică și de salubrizare a satului, acolo unde nu s-au făcut greșeli, care, afirmă Babeș, de la început au compromis această instituție, prin încadrarea „în urma protecțiilor și recomandărilor influente", a unor tineri „incapabili și stricați, dați afară din alte slujbe și refuzați la examenul de admitere". Babeș susține cu căldură menținerea și întărirea instituției agenților sanitari, delimitînd însă precis locul lor în cadrul activității sanitare în mediul rural și combătînd pe acei care „fac pe medicul".

Un al doilea agent sanitar de cea mai mare importanță trebuie să fie moașa, propune Babeș, care va avea rolul de a înlocui moașele empirice, cărora li se datorește în mare parte mortalitatea excesiv de ridicată a copiilor mici.

Din propunerile organizatorice preconizate pentru ridicarea nivelului sanitar al populației și din argumentele cu care a combătut pe adversari, se desprind cîteva aspecte caracteristice concepției profesorului Babeș.

Babeș susține cu toată tăria că „medicina curativă va trebui și va fi înlocuită prin medicina preventivă, bazată pe cercetările bacteriologice moderne", dar în același timp limitează rolul bacteriilor în producerea îmbolnăvirilor și scoate în evidență importanța predispoziției și rezistenței organismului. „Nu pot să sfîrșesc înainte de a fi arătat încă cîteva prejudiții moderne create tocmai prin exagerarea importanței rezultatelor bacteriologice pentru salubritatea publică", scrie Babeș în 1901, luînd poziție împotriva interpretării unilaterale a rezultatelor obținute de bacteriologia contemporană.

Apreciind și seriind problemele sanitare după urgență, Babeș consideră că „astăzi toate mijloacele statului ar trebui concentrate pentru opera sanitară". Această afirmație nu se referă la neglijarea aspectului curativ sau a instituțiilor spitalicești, deoarece este știut că Babeș a atribuit un rol deosebit bunei organizări a tratamentului și a condițiilor în spitale, el reclamînd spitale de specialitate, ci vrea să scoată în evidență importanța hotărîtoare a profilaxiei bolilor epidemice și a celor cu extindere mare în masă, pentru a sublinia și a justifica propunerile sale în acest sens.

Profesorul Babeș insistă îndeosebi pentru respectarea principiului că trebuie să existe o concordanță între interesul care se acordă diferitelor sectoare de sănătate publică, în așa fel „încît fiecare trebuință să fie dezvoltată în raport cu celelalte trebuințe". El privește deci să-

nătatea publică ca o problemă unitară și cere, de pildă, să nu se facă deosebire între civil și militar, „căci bolile nu fac această deosebire" și că nu e permis ca „din armată să se răspîndească infecțiile la populația civilă sau viceversa".

In propunerile sale de ordin organizatoric, Victor Babeș este condus de un spirit practic dezvoltat, dînd dovadă de toate calitățile unui bun gospodar. El nu acceptă ca fondurile societăților de binefacere, care în ultima instanță sînt bani publici, sau al eforiilor, să fie cheltuite fără socoteală pentru instituții de care nu avem trebuință și fără a ține seamă de necesitățile sanitare cele mai urgente.

Profesorul Babeș combate mentalitatea unor medici „care nu au cunoștințe sanitare" și pentru care „nu principiul izolării este lucrul principal, ci tot felul de condiții ce nu se pot realiza. Cu alte cuvinte, neavînd medici și lux pentru infirmerii, mai bine să piară țara decît să izolăm bolnavii într-o infirmerie fără medic", răspunde Babeș, adversarilor săi care preconizau clădirea unor spitale scumpe în mediul rural.

Cuvintele lui Babeș nu înseamnă renunțarea din partea lui la igiena și confortul necesar bunei îngrijiri a bolnavilor; dimpotrivă, el este foarte exigent în această privință. Este vorba însă de o luare de atitudine împotriva creării cîtorva instituții, cu scop propagandistic inutile și fără eficiență în rezolvarea problemelor arzătoare sanitare.

Pentru asistența medicală a bolnavilor de tuberculoză, de pildă, profesorul Babeș preconizează înființarea sanatoriilor corespunzătoare, simple, precum și folosirea spitalelor pentru cazurile grave.

S-a scris mult împotriva spitalizării tuberculoșilor, spune Babeș: „în adevăr, în spitalele noastre de astăzi atît de scumpe, cu o construcție atît de absurdă și de obicei cu alimentație proastă, tuberculoșii se prăpădesc repede, după ce infectează pe bolnavii de alte boli și se infectează și ei cu alte boli. Pentru a evita această infecție reciprocă, trebuie ca eforiile să clădească pavilioane speciale pentru tuberculoși. Dar nu pentru a-i îngrămădi la un loc, ci din contră, pentru a asigura izolarea, aerul abundent, alimentația bogată și terasele îngrijite și amenajate pentru acești nenorociți, care în astfel de împrejurări se vor îndrepta și vindeca, devenind în parte din nou membri utili ai societății".

In lupta împotriva tuberculozei, profesorul Babeș nu scapă din vedere complexitatea problemei și preconizează depistarea tuberculoșilor înainte ca boala să fi ajuns incurabilă, evitarea infectării copiilor în familie și în școli prin izolarea focarelor și folosirea altor metode legate de începerea din vreme a „îngrijirii și oțelirii corpului la copii, nu prin gimnastică forțată, ci prin dușuri, băi, înot și sporturi potrivite".

★

Concepțiile organizatorice ale lui Victor Babeș nu și-au putut găsi aplicarea în condițiile regimului burghezo-moșieresc, care manifesta o totală desconsiderare față de ocrotirea sănătății maselor muncitoare. Babeș a luptat în permanență pentru a impune adoptarea măsurilor

sanitare de a căror utilitate era convins, dar oficialitatea îl întîmpina totdeauna cu indiferență și chiar cu ostilitate. Profesorul Babeș n-a fost însă un izolat; mințile cele mai înaintate ale vremii și în special reprezentanții clasei muncitoare, au apreciat și au respectat creația sa și străduințele sale de a îmbunătăți starea sanitară a poporului.

Deși limitările sale de clasă nu i-au îngăduit să adopte o atitudine revoluționară, iar în opera lui întîlnim și contradicții, trebuie însă subliniat că profesorul Babeș a criticat și demascat cu deosebit curaj nedreapta alcătuire socială din timpul său, care condamna masele la mizerie și suferințe nesfîrșite.

Abia în condițiile regimului de democrație populară, ideile pozitive ale lui Victor Babeș au putut fi puse în viață și desigur mult depășite, obținîndu-se într-un răstimp extrem de scurt realizări pe care marele savant nici nu ar fi îndrăznit să le viseze. Sub îndrumarea partidului și urmînd mărețul exemplu al sistemului sovietic de ocrotire a sănătății, statul oamenilor muncii a devenit și la noi ocrotitorul sănătății publice.

Activitatea creatoare a lui Babeș merită să fie studiată și adîncită cu deosebită atenție, fiind plină de idei constructive și de sugestii prețioase pentru noi. Materialismul care a stat la baza gîndirii sale, patriotismul său înflăcărat, grija pentru soarta celor mulți, combativitatea lui față de reprezentanții statului burghez, constituie un puternic imbold de a valorifica și de a depăși ceea ce este înaintat în concepțiile marelui savant progresist Victor Babeș, mîndrie a poporului nostru.

BIBLIOGRAFIE

1. — *Babeș V.:* Notă despre apărarea Romîniei în contra holerei în 1892. Rom. med., anul I, pag. 381—384 (1893).
2. — *Babeș V.:* Statul în fața noilor cercetări bacteriologice. Conferință ținută la I-a ședință generală din 30 martie 1894, a celui de al XI-lea congres internațional de medicină de la Roma. Rom. med., anul II, pag. 73—89, 97—107.
3. — *Babeș V.:* Expunerea de motive despre crearea unui Minister al Sănătății Publice, înaintată Comisiunii pentru modificarea legii sanitare. Rom. med., anul VI, pag. 130—131 (1898).
4. — *Babeș V.:* Tuberculoza și combaterea ei în Romînia. Rom. med., anul VIII, pag. 241—250 (1900).
5. — *Babeș V.:* Direcția medicinei moderne și noul Institut de bacteriologie. Rom. med. anul VIII, pag. 170—182 (1900).
6. — *Babeș V.:* Pelagra și tratamentul ei. Convorbiri literare, anul XXXIV, pag. 1085—1095 (1900).
7. — *Babeș V.:* Regenerarea poporului romîn. Conferință ținută la Ateneul Romîn în 26 noiembrie 1900. Conv. lit., anul XXXV, p. 15—47.
8. — *Babeș V.:* Direcția medicinei moderne și noul Institut de bacteriologie București 1900. Extrase din „Gazeta săteanului".
9. — *Babeș V.:* Bolile țăranului romîn. Conferință ținută în ziua de 27 ianuarie, în localul Soc. „Tinerimea română". Tipo-litografie soc. „Tiparul", 1901.
10. — *Babeș V.:* Prejudițiile sanitare din punctul de vedere al științelor sanitare. Conv. literare, anul XXXV, pag. 618—628 (1901).
11. — *Babeș V.:* Lepra în Romînia. Conv. literare, anul XXXVI, pag. 634—647 (1902).

12. — *Babeş V.:* Tuberculoza în familie. Conv. literare, anul XXXVI, p. 262—276 (1903).
13. — *Babeş V.:* Raportul prezentat domnului ministru de interne asupra mijloacelor de combaterea pelagrei. Rom. med., anul IX, p. 574—577 (1904).
14. — *Babeş V.:* Despre originea şi combaterea tuberculozei. Romînia medicală şi Presa medicală romînă, anul IX, pag. 251—257, 281—288 (1904).
15. — *Babeş V.:* Fălcăriţa şi mortalitatea nou-născuţilor. Rom. medicală, anul X, pag. 173—182 (1905).
16. — *Babeş V.:* Cîteva observaţii asupra facultăţilor noastre de medicină. Rom. med., anul XI, pag. 378—394 (1906).
17. — *Babeş V.:* Studii critice asupra actualei organizaţii sanitare. Vasile Lascăr şi măsurile sanitare din comunele rurale. Extras din Analele Acad. Rom., seria II, t. XXX, Mem. s. şt. Buc. 1907.
18. — *Babeş V.:* Raport asupra instrucţiunii şi formării agenţilor sanitari. Rom. med., anul XIV, pag. 157—168 (1908).
19. — Omagiu profesorului Victor Babeş oferit de Soc. Studenţilor în Medicină, Bucureşti, 1915.
20. — *Victor Babeş,* volum omagial. Bucureşti, Ed. de Stat 1949.
21. — Socialismul, anul IX, nr. 116 şi 117 din 23 iunie 1910.
22. — *Marinescu G.:* Progresele şi tendinţele medicinei moderne. Discurs rostit la 10 (23) martie 1906 în şedinţa solemnă, cu răspuns de prof. dr. V. Babeş.
23. — *Roller M.:* Documente din mişcarea muncitorească (1872—1918)
24. — *Nicolau Şt., Florian M., Babeş M.:* Despre gîndirea filozofică a savantului Victor Babeş. Studii, revistă de istorie şi filozofie II, anul 3, aprilie-iunie 1950, pag. 45—62.

CÎTEVA PROBLEME ÎN LEGĂTURĂ CU ÎMBUNĂTĂŢIREA ORGANIZĂRII ASISTENŢEI MEDICO-SANITARE LA SATE

Prof. L. GROM, M. OLTEANU

(Lucrare executată în cadrul Centrului de Organizare a Ocrotirii Sănătăţii şi istoria medicinei şi a Institutului pentru perfecţionarea şi specializarea medicilor şi farmaciştilor).

Lupta pentru îmbunătăţirea continuă a nivelului de trai material şi cultural al oamenilor muncii, ridică mereu, în faţa tuturor sectoarelor vieţii de stat, sarcini noi şi importante.

In etapa actuală de dezvoltare a statului nostru, în mediul rural se ridică cu deosebire o serie de probleme, a căror importanţă din punct de vedere politic şi social-economic, rezultă din directivele plenarei din august 1953 a C.C. al P.M.R. şi din sarcinile partidului în legătură cu lupta pentru întărirea alianţei clasei muncitoare cu ţărănimea muncitoare şi pentru transformarea socialistă a agriculturii. Importanţa acestor probleme din punct de vedere sanitar reiese din volumul muncii medico-sanitare la sate şi din raportul cantitativ al acesteia în ansamblul acţiunii de ocrotire a sănătăţii.

Dezvoltarea sectorului socialist al agriculturii, realizările revoluţiei culturale şi ale acţiunii de lichidare a analfabetismului din mediul rural au creat condiţii economico-sociale noi şi au produs transformări în viaţa ţărănimii muncitoare care ridică mereu alte probleme de ordin medico-sanitar. Acest lucru cere o continuă adaptare a formelor organizatorice la noile condiţii create şi impune lichidarea rămînerii în urmă atît a agriculturii cît şi a ocrotirii sănătăţii în mediul rural.

Aceasta se poate realiza prin organizarea raţională a acordării la timp şi cît mai aproape de locul de muncă şi de trai, a unei asistenţe medico-sanitare calificate şi specializate (diferenţiată), şi ceea ce este şi mai important, a unei asistenţe eficiente, adică care să-şi atingă obiectivul principal: scăderea morbidităţii, mortalităţii şi incapacităţii temporare de muncă, — paralel cu îmbunătăţirea continuă a stării sănătăţii şi a nivelului igienico-sanitar şi cultural-sanitar al populaţiei săteşti.

Realizarea acestui obiectiv cere din partea organelor de ocrotire a sănătății crearea unui cadru material adecvat pentru desfășurarea muncii de ocrotire a sănătății, revizuirea structurii organizatorice, a metodelor și conținutului muncii actualei rețele medico-sanitare de la sate, precum și asigurarea respectării principiilor care stau la baza organizării socialiste a ocrotirii sănătății, potrivit posibilităților și specificului de viață și de muncă din mediul rural.

In anii regimului de democrație populară s-au făcut eforturi remarcabile pentru îmbunătățirea asistenței medicale la sate, obținîndu-se în acest domeniu rezultate însemnate.

Acțiunea desfășurată în vederea apărării sănătății populației sătești și măsurile medico-sanitare aplicate, — în cadrul noilor condiții economico-sociale și culturale create — au avut drept rezultat imediat scăderea pronunțată a indicilor de mortalitate și de morbiditate în anumite boli, deci a acelor indici care decenii de-a rîndul s-au menținut la un nivel ridicat.

Totuși, față de marile posibilități materiale și tehnice create de economia socialistă pentru desfășurarea acțiunii de ocrotire a sănătății, față de cerințele culturale și sanitare mereu în creștere ale populației, față de cuceririle științei medicale, — randamentul muncii instituțiilor medicale ce deservesc populația sătească, calitatea și eficiența asistenței acordate la nivelul circumscripției sanitare rurale, nu pot fi considerate satisfăcătoare.

Munca medico-sanitară la sate înregistrează încă importante lipsuri și rămîneri în urmă.

Astfel, datorită unor deficiențe de ordin organizatoric, tehnic și gospodăresc, datorită unor greutăți obiective (determinate de specificul condițiilor de muncă și de trai ale populației din mediul rural), o serie de probleme importante au rămas rezolvate încă în măsură insuficientă. Dintre acestea putem aminti:

— îmbunătățirea accesibilității și calității asistenței medico-sanitare, la nivelul circumscripției sanitare rurale, în special pentru muncitorii din G.A.S., S.M.T., G.A.C., industrii, exploatări forestiere etc.;

— îmbunătățirea calității asistenței medicale curativo-profilactice a mamei și copilului, precum și asigurarea peste tot a asistenței calificate la naștere;

— ridicarea nivelului cultural-sanitar și al condițiilor igienico-sanitare de trai și de muncă ale populației sătești și mai cu seamă ale muncitorilor din sectorul socialist al agriculturii;

— prevenirea decalificării cadrelor și asigurarea ridicării sistematice a nivelului lor profesional la locul de muncă;

— apropierea de populația sătească, a asistenței medicale de specialitate în general și a celei de urgență în special.

Este clar că rezolvarea acestor probleme nu este posibilă fără cadre medicale și sanitare medii bine pregătite și legate de masele populare, fără instituții medicale corespunzătoare amenajate și dotate și fără forme organizatorice raționale, adecvate condițiilor din mediul rural, știut fiind că acestea determină calitatea și eficiența asistenței medicale, îndeplinirea cu succes a sarcinilor de plan și aplicarea consecventă a politicii sanitare de stat.

De aceea, este necesară planificarea, dezvoltarea și amplasarea rațională a rețelei de instituții și cadre, respectarea baremelor și normelor stabilite în ce privește dotarea, încadrarea, teritorializarea și profilarea instituțiilor, în sfîrșit, asigurarea și urmărirea bunei lor gospodăriri și a organizării unei acțiuni sistematice și competente de îndrumare și control a muncii desfășurate de rețeaua medico-sanitară din mediul rural.

Pentru îndeplinirea acestor saricini, organele de conducere (mai ales secțiile sanitare raionale), au nevoie de sprijinul și participarea tehnică nemijlocită a instituțiilor de specialitate, cum sînt spitalul raional, pentru problemele curativo-profilactice și sanepidul raional, pentru cele sanitaro-antiepidemice.

Acest complex de organe și instituții, trebuie să asigure rezolvarea principalelor probleme de ocrotire a sănătății populației de pe teritoriul raionului, prin unitățile teritoriale de bază ale organizării noastre sanitare, care sînt circumscripțiile sanitare rurale, — create tocmai în scopul apropierii asistenței medico-sanitare de populația sătească.

Deci circumscripțiile sanitare rurale, cu instituțiile și cadrele lor — deși sînt pînă la un anumit punct acelea care rezolvă singure principalele și cele mai urgente probleme de asistență medicală curativo-profilactică și sanitaro-antiepidemică de pe teritoriul lor — totuși ele au nevoie de o conducere competentă pe linia organizatorică și de ajutor practic pe linia tehnică și de specialitate.

Acest lucru se realizează tocmai prin complexul de organe și instituții de specialitate create la nivelul raionului și regiunii.

Este clar astăzi că rezolvarea tuturor problemelor de ordin medico-sanitar de la sate nu poate fi asigurată prin vechea și comoda gîndire organizatorică, de a lăsa întreg complexul problemelor de ocrotire a sănătății din mediul rural, numai pe seama circumscripției sanitare rurale (a cărei activitate consta altădată doar dintr-un sumum de acțiuni disparate și spontane, duse pe cont propriu de către fiecare instituție și cadru medical în parte).

Unificarea spitalelor cu policlinicile, cu dispensarele de circumscripție urbană și de întreprindere, realizată la orașe în cadrul reformei din 1951 ; reprofilarea secțiilor de staționar și a cabinetelor de consultație din policlinică în raport cu structura morbidității și cu nevoile sanitare ale populației orășenești ; raționala teritorializare a instituțiilor ; aducerea medicilor de policlinică, întreprindere și circumscripție în staționar, pentru a lucra zi de zi la patul bolnavului sub supravegherea și îndrumarea tehnică a celor mai calificați specialiști ; atribuirea, medicilor șefi de secție și medicilor primari, a unor sarcini noi de ordin didactic și științific, precum și a responsabilității pentru calitatea asistenței medicale acordată bolnavilor atît în staționar și policlinică cît și în întreprinderi și în familie, — toate acestea au creat la orașe premisele pentru ridicarea permanentă, sistematică și rapidă a nivelului profesional al medicilor și ca urmare, pentru îmbunătățirea calității asistenței medicale curativo-profilactice, acordate populației orășenești.

Organizarea teritoriului atribuit spitalului unificat orășenesc pe baza principiului deservicii populației pe *circumscripție teritorială unică* (pen-

tru toate problemele de specialitate), a creat condiţiile organizatorice necesare pentru traducerea în practica muncii medicale a concepţiei pavloviste privitoare la unitatea organismului şi interdependenţa strînsă ce există între organism şi mediu, — concepţie care se concretizează prin posibilitatea utilizării examenului medical complex şi a metodei de dispensarizare.

In ce priveşte mediul rural, existenţa în etapa actuală a unor particularităţi de ordin economic, social, cultural şi administrativ; dispersarea populaţiei pe suprafeţe întinse şi la distanţe mari, cu căi de comunicaţii greu accesibile şi mijloace de transport de multe ori insuficiente; insuficienta dezvoltare a reţelei de instituţii şi cadre medico-sanitare în raport cu numărul populaţiei şi cu condiţiile de muncă şi de trai specifice mediului rural, — sînt principalele cauze care împiedică aplicarea şi la sate, a aceloraşi forme organizatorice care s-au aplicat la oraşe şi care, corect aplicate, rezolvă problemele de ordin curativo-profilactic ale populaţiei orăşeneşti.

In special „factorul distanţă" este acela care se opune acestui deziderat, factor care creează greutăţi şi în găsirea şi stabilirea unor forme organizatorice adecvate, care să asigure populaţiei săteşti o asistenţă medico-sanitară uşor accesibilă, calificată şi specializată — atît ambulatorie cît şi de staţionar.

Iată de ce circumscripţia sanitară rurală, singură, lipsită de o îndrumare organizatorică de la un nivel mai înalt şi de un ajutor tehnic de specialitate, — nu poate face faţă tuturor problemelor medico-sanitare în noul conţinut al muncii de ocrotire a sănătăţii, fundamentat pe principiul profilaxiei.

Ea trebuie integrată organic în sistemul complex de unităţi, organe şi instituţii care concură în mod coordonat pentru ocrotirea sănătăţii populaţiei săteşti, sistem în care se include succesiv raionul, cu spitalul şi sanepidul său, apoi regiunea cu organele şi instituţiile sale de înaltă calificare.

Deci verigile de bază ale acestui sistem sînt: circumscripţia sanitară rurală, spitalul raional şi sanepidul raional, iar organul de conducere, coordonare şi control este secţia sanitară raională.

Astfel privită problema, se înţelege că munca acestor verigi trebuie să aibă un nou conţinut.

Mai cu seamă spitalul raional, care este cheia redresării calitative a întregii munci curativo-profilactice din cuprinsul raionului, va trebui de acum să-şi îndeplinească rolul şi sarcinile care-i revin în această calitate. El va trebui să-şi extindă cercul preocupărilor — pînă acum limitat la populaţia centrului raional şi la internări şi consultaţii de specialitate pentru restul populaţiei din raion, desigur cu caracter pasiv, pur curativ — spre a cuprinde în mod activ şi a cunoaşte mai îndeaproape locul şi condiţiile de muncă şi de trai ale populaţiei, problemele ei curativo-profilactice cele mai importante, precum şi posibilităţile de cuprindere cantitativă şi calitativă a circumscripţiilor sanitare rurale, ajutîndu-le concret în vederea asigurării unei asistenţe medicale de bună calitate la acest nivel.

Tocmai de aceea ordinul Ministerului Sănătății nr. 237 din aprilie 1954, în legătură cu îmbunătățirea asistenței medico-sanitare a populației sătești, prevede printre alte măsuri importante și pe aceea a atribuirii spitalelor raionale, a sarcinii de îndrumare tehnico-organizatorică a unităților curativo-profilactice de pe teritoriul raionului, marcînd prin aceasta începutul unei noi etape în munca spitalelor noastre raionale.

In legătură cu acest ordin, spitalele raionale care îndeplinesc condițiile necesare pentru a deveni centre tehnico-organizatorice ale activității curativo-profilactice, vor trebui în cel mai scurt timp să-și reorganizeze munca în așa fel ca să poată răspunde noilor sarcini ce le revin.

Astfel, pe lîngă acordarea asistenței medicale curativo-profilactice de specialitate centrului raional și întregului raion, — spitalul va avea sarcini și în legătură cu :

— organizarea, urmărirea și îndrumarea tehnică a muncii curativo-profilactice desfășurată de spitalele și celelalte instituții medicale ale circumscripției sanitare rurale ;

— ridicarea sistematică a nivelului profesional al cadrelor medico-sanitare de la nivelul circumscripțiilor rurale ;

— studierea și urmărirea dinamică a stării sănătății populației din raion, a problemelor morbidității, precum și a eficienței muncii de ocrotire a sănătății ;

— acordarea unui ajutor concret medicilor de circumscripție în rezolvarea problemelor lor curativo-profilactice, sprijinirea secției sanitare raionale și în ceea ce privește planificarea rețelei și muncii curativo-profilactice precum și elaborarea și aplicarea măsurilor medico-sanitare în vederea scăderii morbidității și mortalității în raion.

Acestea sînt, în linii mari, sarcinile de bază ce revin spitalului raional, considerat ca atare. El trebuie scos din pasivitatea de pînă acum. Munca lui trebuie să devină *activă,* să îmbrace un caracter cu adevărat curativo-profilactic, nu numai pentru centrul raional, ci să cuprindă problemele din întregul raion. El trebuie să preia și să rezolve efectiv acele importante sarcini ce îi revin în calitate de *centru metodico-organizatoric* al muncii curativo-profilactice din întregul raion.

Dar, pentru a putea face față tuturor acestor îndatoriri noi, este necesar ca spitalul raional să fie organizat, dotat și încadrat după anumite norme și să utilizeze anumite metode de lucru.

In această direcție, secțiile sanitare regionale și raionale au datoria să asigure condițiile necesare de muncă, iar spitalul din centrul regional, să se preocupe de îndrumarea tehnică a cadrelor și de ridicarea calității asistenței medicale acordate de spitalul raional.

Astfel, pentru a-și putea îndeplini sarcinile ce-i revin pe linia acordării unei asistențe medicale specializate populației raionului și pe linia de îndrumare tehnico-organizatorică — spitalul raional va trebui să aibă în secțiile de bază (interne, chirurgie, obstetrică-ginecologie, pediatrie și contagioase), un număr suficient de paturi, în raport cu numărul populației deservite, să aibă o policlinică cu cabinetele de specialitate corespunzătoare secțiilor de bază și în plus, un cabinet stomatologic ; în sfîrșit, să aibă laboratorul clinic, radiologic, farmacia și celelalte anexe

necesare precizării unui diagnostic sau efectuării unui tratament de bună calitate.

In legătură cu sarcinile ce revin spitalului raional, munca medicilor specialişti din toate secţiile acestuia, nu se mai rezumă doar la munca curativo-profilactică depusă în cadrul spitalului, ci cuprinde un însemnat volum de muncă organizatorică, didactică şi ştiinţifică.

Acest lucru impune ca fiecare medic şef de secţie să cunoască raionul respectiv, atît din punct de vedere medico-sanitar, cît şi economico-social, să cunoască cadrele medicale ce activează pe teritoriul raionului (din punct de vedere al pregătirii lor profesionale în domeniul specialităţii respective), să cunoască posibilităţile tehnice şi dotarea instituţiilor medicale de la nivelul circumscripţiilor sanitare rurale, să lupte pentru crearea condiţiilor obiective de lucru, să cunoască eficienţa activităţii medicale, structura morbidităţii, locul pe care îl ocupă afecţiunile din specialitatea respectivă în structura morbidităţii generale a raionului şi cauzele care o determină şi, în sfîrşit, să participe în mod activ la elaborarea şi aplicarea măsurilor de îmbunătăţire a calităţii asistenţei medicale şi de scădere a morbidităţii.

In acest sens, pentru îndeplinirea îndatoririlor ce le revin, medicii şefi de secţie trebuie să se preocupe îndeaproape de:

— urmărirea şi ridicarea nivelului profesional al medicilor de circumscripţie, prin selecţionarea acelora care au nevoie de completarea cunoştinţelor şi prin organizarea trimiterii lor la cursuri de perfecţionare sau specializare, ori prin ridicarea nivelului profesional al acestora la locul de muncă;

— îmbunătăţirea calităţii asistenţei medicale ce se acordă muncitorilor din sectorul socialist al agriculturii, din industrii etc.;

— îmbunătăţirea muncii de evidenţă statistică la nivelul circumscripţiilor sanitare rurale şi a spitalului raional, în legătură cu studierea şi urmărirea morbidităţii;

— apropierea asistenţei medicale specializate de locul de muncă al populaţiei săteşti;

— urmărirea şi cunoaşterea a tot ce este nou în literatura medicală (metode noi de diagnostic şi tratament) mai ales în legătură cu bolile cele mai frecvente înregistrate în raion şi luarea măsurilor necesare pentru ca aceste metode să fie cunoscute şi aplicate în practică de către medicii de circumscripţie.

In ce priveşte *metodele de lucru* care pot fi utilizate de spitalul raional pentru prevenirea decalificării profesionale a medicilor de circumscripţie şi pentru ridicarea calităţii asistenţei medicale acordate de aceştia, — experienţa spitalelor sovietice este un îndreptar preţios pentru noi.

Astfel, pentru a cunoaşte nivelul profesional al medicilor de circumscripţie, chiar înainte de a fi vizitaţi la locul de muncă, se va putea utiliza metoda studierii biletelor lor de trimitere la spital a bolnavilor (pentru consultaţii, tratamente sau internare) şi chiar a urmăririi bolnavilor înşişi.

Din urmărirea bolnavilor se va putea constata dacă aceştia au fost vizitaţi şi trimişi de către medicul de circumscripţie, justeţea observaţiilor, recomandărilor şi tratamentelor făcute de către acesta sau, dacă

bolnavii au venit la spital din proprie inițiativă, care este cauza care determină pe bolnavi să-l ocolească pe medicul lor.

Din studierea sistematică, în timp, a biletelor de trimitere la spital — care vor trebui să devină obligatorii pentru toți medicii de circumscripție și să respecte anumite condiții (să conțină diagnosticul, iar în cazul că acesta e neprecizat, să conțină simptomele obiective constatate, tratamentul aplicat și observațiile medicului în legătură cu cauzele sau evoluția bolii) — medicii spitalului raional vor putea să obțină elemente uneori suficient de clare pentru aprecierea pregătirii profesionale a medicului respectiv.

Totodată medicii spitalului au obligația de a răspunde totdeauna biletelor de trimitere ale medicilor de circumscripție, arătîndu-le diagnosticul pus în spital, observațiile și recomandările lor terapeutice, — toate acestea trecîndu-se și pe verso-ul biletului de trimitere, care se păstrează la spital în vederea unei analize mai aprofundate.

Procedînd astfel, fiecare secție de specialitate va putea să stabilească în linii mari gradul de pregătire a medicilor de circumscripție în domeniul specialității respective, principalele goluri în această direcție și greșelile cele mai frecvente de diagnostic și tratament, putînd planifica în consecință, măsurile necesare pentru remedierea lipsurilor.

Prin intermediul biletului de trimitere se poate crea deci o legătură între medicul specialist și medicul de circumscripție, legătură care anihilează într-o anumită măsură acel „factor distanță", permițînd și pe această cale — desigur în mod mai lent — corectarea greșelilor făcute de medicul de circumscripție și implicit îmbunătățirea calității asistenței acordată de acesta.

O altă metodă, mai operativă, ce poate fi utilizată, este aceea a deplasărilor planificate ale medicilor specialiști pe teren, la nivelul circumscripțiilor sanitare rurale (sovieticii planifică 45 zile de teren pe an pentru fiecare specialist), pentru :

— a asista la consultațiile acordate de medicul de circumscripție, observînd pe loc metodele lui de lucru și greșelile pe care le face, pentru a i se putea da îndrumările necesare de îndreptare ;

— a da ajutor consultativ pe loc, în unele cazuri mai dificile, pregătite din timp de către medicul circumscripției ;

— a da îndrumări acestuia pentru organizarea muncii în problemele care țin de specialitatea respectivă.

In felul acesta medicul de circumscripție va putea beneficia de un ajutor concret din partea specialiștilor raionali, chiar la locul său de muncă, potrivit condițiilor de lucru pe care le are ocolo, — ridicîndu-și astfel în mod simțitor și calificarea profesională.

De asemenea, antrenarea medicilor de circumscripție în activitatea Societății Științelor Medicale (participarea lor la ședințele societății, prezentarea de studii și referate), organizarea unor ședințe periodice de referate științifice (de pildă, cu ocazia ședințelor lunare de analiză a muncii ce se țin la secția sanitară raională) în care specialiștii spitalului sau chiar medicii de circumscripție să prezinte cazuri clinice, probleme medicale de actualitate și în care să se analizeze nepotrivirile de diagnostic, — pot constitui alte metode eficace pentru menținerea gîn-

dirii medicale a medicilor de circumscripție la nivelul cunoștințelor medicale de actualitate.

In sfîrșit, se va putea aplica metoda perfecționării sistematice a cunoștințelor profesionale chiar la patul bolnavului, prin chemarea periodică a medicilor de circumscripție în spitalul raional, ori prin selecționarea și trimiterea lor la cursurile de perfecționare sau specializare.

Prin această metodă, medicul de circumscripție — lucrînd zi de zi alături de specialist, sub îndrumarea și supravegherea lui, citind literatura medicală indicată de acesta — va avea ocazia să-și ridice în mod rapid nivelul tehnic-profesional și să asigure ulterior, populației din circumscripția sa, o asistență medicală mai calificată.

Subliniem că îmbunătățirea asistenței medicale a populației sătești nu poate fi concepută fără crearea unor condiții favorabile de muncă, fără o permanentă grijă pentru întărirea și consolidarea circumscripției sanitare rurale.

Una dintre măsurile organizatorice ce trebuie aplicate în acest scop — este aceea a amplasării juste a instituțiilor medicale ale circumscripției rurale, în raport cu dezvoltarea economico-socială și cu condițiile topografice și sanitare locale.

Dezvoltarea sectorului socialist agricol, dezvoltarea și apariția unor centre economico-administrative în mediul rural, impun revizuirea teritorializării circumscripțiilor sanitare rurale și odată cu aceasta, a amplasării punctelor de sănătate, a caselor de naștere și a celorlalte instituții ale lor.

Această revizuire va trebui să apropie cît mai mult asistența medicală de locul de muncă și de trai al populației rurale, dînd prioritate centrelor cu sector socialist agricol dezvoltat și ținînd seamă de perspectivele de dezvoltare ale economiei locale.

E necesar totodată să se țină cont și de direcția de gravitație naturală a populației (electivă pentru unele centre administrativ-economice) precum și de morbiditatea și nevoile de deservire ale populației, corectîndu-se în același timp greșelile făcute anterior în ce privește arondarea circumscripției lor și amplasarea instituțiilor lor.

Numai prin asigurarea unei corecte arondări și a unei juste amplasări a dispensarului de circumscripție și a celorlalte instituții, se vor crea condițiile necesare pentru acordarea unei asistențe medicale accesibilă populației sătești, în concordanță cu noile condiții economico-sociale din mediul rural.

Prin justa arondare a circumscripției sanitare rurale se urmărește stabilirea unui echilibru între capacitatea și posibilitățile de cuprindere ale instituțiilor medicale din circumscripția respectivă pe de o parte și între nevoile de deservire ale populației de pe teritoriul atribuit, exprimate prin volumul sarcinilor și complexitatea problemelor sanitare ce le ridică teritoriul respectiv pe de altă parte, aceasta în vederea asigurării unei asistențe medico-sanitare accesibile și de bună calitate.

Trebuie să se știe că volumul muncii și complexitatea problemelor sanitare ale unui teritoriu sînt determinate în cea mai mare parte de indicii lui de morbiditate, de natalitate și de adresabilitate pentru asistență medicală a populației din teritoriul respectiv.

De asemenea, volumul muncii unei circumscripții sanitare rurale mai este determinat de potențialul sanitar și epidemiologic, de nivelul social-economic al populației și, în sfîrșit, de numărul populației, de distribuția ei pe localități, precum și de prezența sau absența pe teritoriul respectiv a unor colectivități muncitorești (G.A.S., S.M.T. etc.).

In ce privește capacitatea de cuprindere a instituțiilor medicale ale circumscripției, aceasta este condiționată de schema de încadrare, de nivelul profesional și experiența cadrelor, de gradul de dotare al instituțiilor medicale, de existența sau absența mijloacelor proprii de transport ale circumscripției etc.

Densitatea populației, gradul de dispersare al localităților, reliefui geografic, căile de comunicație și mijloacele de transport, cît și nivelul cultural-sanitar al populației, constituie tot atîția factori care la rîndul lor pot reduce sau favoriza posibilitățile de cuprindere ale unei circumscripții sanitare rurale. De aceea, problema teritorializării circumscripțiilor sanitare rurale, este o problemă organizatorică importantă.

In această direcție, măsurile hotărîte de Ministerul Sănătății — prin ordinul amintit mai sus — în vederea îmbunătățirii asistenței medico-sanitare la sate, prevăd și *rearondarea teritoriului circumscripțiilor* sanitare rurale, încă în cursul acestui an.

Pentru ca rearondarea teritoriului circumscripțiilor sanitare rurale dintr-un raion să poată fi făcute cu respectarea principiilor arătate mai sus, e necesar ca acei care au sarcina de a traduce în practică această importantă măsură organizatorică, să studieze în prealabil în mod temeinic și să cunoască particularitățile raionului din punct de vedere *geofizic* (relief, rîuri etc.), *economic* (centrele economice actuale și cele de perspectivă), *administrativ* (situația comunelor și a satelor), *sanitar,* adică starea sanitară și de sănătate a populației, profilul epidemiologic etc., *amplasarea actuală* a instituțiilor medicale în raport cu unitățile socialiste agricole sau industriale cît și cu centrele economico-administrative mai importante din raion, apoi alte elemente importante ca: direcția de gravitație naturală a populației din fiecare localitate în parte, densitatea populației, prezența și starea căilor de comunicație.

Odată aceste elemente cunoscute, e necesar să se treacă la analiza complexă a situației arondării actuale a circumscripțiilor sanitare rurale, adică dacă amplasarea instituțiilor medicale din raion se suprapune principalelor centre populate care prezintă o importanță deosebită fie din punct de vedere administrativ-economic, fie din punct de vedere sanitar, fie în sfîrșit, fiindcă reprezintă centre spre care gravitează în mod natural o anumită parte a populației din jur.

In al doilea rînd, este necesar să se întocmească o situație cuprinzînd numărul populației pe comune, sate și distanțele de la acestea pînă la fiecare circumscripție a raionului, situarea lor față de reședința viitoarei circumscripții din punct de vedere al distanțelor, al căilor de acces, al gravitării naturale a populației, și în sfîrșit distanța secțiilor G.A.S., a S.M.T.-urilor, G.A.C.-urilor și a altor colectivități muncitorești fixe, față de dispensarul și punctele de sănătate ale circumscripției.

Cu această ocazie se vor stabili greșelile și abaterile vechii arondări

de la normele stabilite de Ministerul Sănătății, abateri care contribuie fie la reducerea accesibilității, fie la aglomerarea peste măsură a cadrelor și instituțiilor circumscripției sanitare rurale.

In funcție de posibilitățile locale, se vor putea face corecturile necesare în ce privește amplasarea instituțiilor medicale și rearondarea circumscripțiilor sanitare rurale.

Rearondarea, desigur, trebuie făcută ținîndu-se cont de deficiențele stabilite prin studiul arătat mai sus, de anumite criterii științifice și în primul rînd, respectînd normele stabilite prin instrucțiunile Ministerului Sănătății în ce privește numărul populației și raza de acțiune (2500—9000 locuitori și 6—10 km rază de acțiune).

Se înțelege că în raioanele cu o densitate mare a populației și cu condiții economico-sociale ridicate, circumscripțiile sanitare rurale vor putea cuprinde plafonul maxim al populației (9000) pe o rază mică de acțiune (6—8 km), iar în raioanele cu o densitate mică a populației se va stabili o rază mai mare de acțiune (de 8—10 km).

In regiunile muntoase — unde condițiile geofizice și economico-sociale sînt mai dificile, cu căi de comunicație greu accesibile și cu o populație dispersată în cătune izolate și distanțate de centrul de gravitație al regiunii respective — în mod inevitabil vom stabili plafonul populației minimum admis, iar raza de activitate va putea oscila de la caz la caz, desigur în limitele stabilite prin instrucțiunile Ministerului Sănătății, deoarece acestea permit adaptarea lor la toate particularitățile terenului.

Pentru a asigura îmbunătățirea accesibilității asistenței medicale și pentru muncitorii din sectorul socialist al agriculturii, circumscripțiile sanitare rurale care au pe teritoriu astfel de unități, vor avea o populație mai redusă ca număr — în raport cu volumul muncii pe care-l aduce în activitatea generală a circumscripției prezența colectivităților muncitorești, indiferent de densitatea populației, căile de comunicație etc.

Acolo unde există G.A.S.-uri *compacte* de gradul II, III și IV, avînd o rază, între sediul G.A.S. și cea mai îndepărtată secție, de maximum 10 km, e bine să se includă în cadrul teritoriului arondat circumscripției sanitare respective, toate secțiile de G.A.S., inclusiv localitățile apropiate din care se recrutează majoritatea muncitorilor — dacă acestea nu depășesc limitele prevăzute de Ministerul Sănătății în ce privește distanța lor față de sediul circumscripției.

In orice caz, rearondarea circumscripțiilor sanitare rurale va trebui să fie adoptată condițiilor locale.

Subliniem de asemenea că atribuirea teritoriului unei circumscripții sanitare rurale trebuie să se facă în baza analizei aprofundate a realităților economico-sociale și medico-sanitare ale teritoriului și că aplicarea principală a criteriilor stabilite de Ministerul Sănătății trebuie

respectată, cu mențiunea că se va căuta a se adapta aceste principii cît mai fidel realităților de pe teren, evitîndu-se cu strictețe aplicarea lor mecanică și fără interpretare științifică.

In rezumat, rearondarea justă a teritoriului circumscripțiilor sanitare și reorganizarea spitalelor raionale ca centre de îndrumare tehnico-organizatorică a unităților medicale din raion, reprezintă părți ale unei acțiuni organizate, începută de Ministerul Sănătății în vederea îmbunătățirii accesibilității și calității asistenței medico-sanitare acordate populației sătești, — pe linia îndeplinirii sarcinilor hotărîrilor plenarei C.C. al P.M.R. din august 1953.

★

Некоторые вопросы в связи с улучщением организации медико- санитарной помощи на селе

В статье обсуждаются вопросы в связи с более правильным распределением нынешних территорий сельских врачебных участков, в целях большего приближения медико-санитарной помощи к сельскому населению и рассматриваются критерии, которые должны быть положены в основу этой работы, а также методы практического их применения руководящими органами здравоохранения.

В статье обсуждается также вопрос о реорганизации районных больниц, в целях оказания помощи организационно-методологическим пунктам по лечебно-профилактической работе в соответствующем районе, с указаниями — на основании опыта советских больниц — главных задач и методов работы, которые могут быть использованы в этих целях.

★

QUELQUES PROBLÈMES CONCERNANT L'AMÉLIORATION DE L'ORGANISATION DE L'ASSISTANCE MEDICO-SANITAIRE DANS LE MILIEU RURAL

L'article traite le problème du réarrondissement juste du territoire actuel des circonscriptions sanitaires rurales en vue de l'amélioration de l'assistance médico-sanitaire en ce qui concerne son accessibilité dans le milieu rural. L'auteur commente les critériums qui doivent se trouver à la base de cette action et la manière dont ils doivent être appliqués en pratique par les organes qui dirigent la protection de la santé.

Le problème de la réorganisation des hôpitaux de district dans le but de les transformer en centres méthodico-organisatoriques de l'activité médicale curativo-prophylactique dans le district est également traité. Basé sur l'expérience des hôpitaux soviétiques, l'auteur montre les principales tâches et méthodes de travail que nos hôpitaux peuvent utiliser dans ce but.

CRITERII PENTRU APRECIEREA EFICIENȚEI MUNCII DE COMBATERE A MALARIEI *)

M. DUPORT, Conf. dr. N. POZSGI, I. GHERMAN
(Institutul de parazitologie medicală)

Din necesitatea adîncirii diferitelor aspecte pe care le prezintă munca medico-sanitară, în ultima vreme au fost elaborați și la noi, după exemplul medicinei sovietice, diferiți indici calitativi de apreciere a muncii depuse de unitățile curativo-profilactice, sanitaro-antiepidemice, antituberculoase, D.D.D. sau de combatere a sifilisului **).

Acest lucru apare în domeniul malariei și mai mult cerut de etapa nouă în care a intrat lupta antimalarică în țara noastră, cînd după cîțiva ani de susținută acțiune, se poate pune însăși problema eradicării bolii. Astfel, introducerea în acest stadiu a indicilor de eficiență și în cadrul acțiunii de combatere a malariei apare întru totul justificată.

Pentru ca indicii propuși să capete însă valoarea unor criterii juste de apreciere a activității din acest domeniu și pentru ca ei să devină un sprijin real de îmbunătățire efectivă a muncii, este necesar în acest scop ca toate evidențele unitare întocmite să fie întreținute la zi în mod corect și conștiincios.

Uneori studiul indicilor de eficiență poate pretinde, așa cum prevede Moreinis, chiar modificări corespunzătoare în structura evidenței sau poate obliga pe medicul respectiv de a prinde în evidență date care nu sînt cerute de actualele imprimate.

Faptul însă că o urmărire sistematică a indicilor de eficiență deschide larg posibilitățile de a descoperi la timp anumite deficiențe care ar putea altfel scăpa și de a înlătura practic cauzele unor asemenea deficiențe, ne permite să susținem că introducerea acestor criterii de apreciere a muncii antimalarice va constitui un ajutor important atît pentru muncitorii sanitari din cele două rețele curativo-profilactice și de specialitate, cît și pentru organizatorii și conducătorii ocrotirii sănătății publice.

*) Prelucrare pe baza materialului întocmit în această problemă și prezentat Ministerului Sănătății.

**) Vezi bibliografia.

In sfîrșit, întrucît activitatea ce se depune în cadrul acțiunii antimalarice, angajează deopotrivă atît rețeaua curativo-profilactică, cît și rețeaua antimalarică, care-și desfășoară activitatea în colaborare, indicii calitativi pe care-i propunem privesc amîndouă rețelele.

Indicii de eficiență în acțiunea antimalarică pentru munca rețelei curativo-profilactice

In vederea stabilirii *indicelui de depistare,* prin care se înțelege timpul trecut de la primul acces al bolnavului de malarie și pînă la depistarea lui, este necesar ca în evidența primară să apară în mod regulat, pentru fiecare caz în parte, înainte de data depistării, data exactă a îmbolnăvirii.

Impărțind numărul total al zilelor trecute de la îmbolnăvire pînă la depistare, la numărul total al bolnavilor, vom obține indicele de depistare pentru perioada respectivă.

De exemplu : dacă într-o circumscripție, în cursul unei luni, au fost înregistrați 5 bolnavi, la care au trecut în total 9 zile de la îmbolnăvire pînă la depistare, înseamnă că indicele de depistare va fi în acest caz dat de formula :

$$\frac{9}{5} - 1{,}8$$

Indicele de diagnosticare reiese din concordanța dintre diangnosticul clinic și cel hematologic ; în cazul malariei, acest indice va fi reprezentat de procentul celor găsiți hematologic pozitivi, față de totalul bolnavilor suspecți de malarie.

Intrucît confirmarea sau infirmarea prin examene de laborator se face în malarie prin examene de laborator repetate, stabilirea acestui indice se va face prin confruntarea rezultatelor laboratorului cu tabelul celor suspecți de malarie, numai după un număr de 12 examene repetate în tot atîtea luni consecutive.

De exemplu : dacă în evidența unei circumscripții au fost luate 12 cazuri suspecte de malarie, din care 9 au fost confirmate prin examene hematologice, indicele de diagnosticare va fi de 75%, așa cum reiese din calcularea lui printr-o regulă de trei simplă.

Indicele de recoltare a lamelor de diagnostic va fi reprezentat de procentul de lame recoltate — în vederea stabilirii diagnosticului — din numărul total al suspecților de malarie. Acest indice ca și cele următoare se calculează printr-o regulă de trei simplă.

Aici trebuie să precizăm însă că prin lamă de diagnostic se înțelege prima lamă care se recoltează individului suspect de malarie.

Celelalte lame care se recoltează lunar, în lunile următoare, atunci cînd prima lamă recoltată este negativă, se vor considera lame de control.

Procentul lamelor de control recoltate în fiecare lună, față de numărul bolnavilor suspecți de malarie, cărora trebuie să li se recolteze aceste lame, constituie *indicele de recoltare a lamelor de control.*

Acești indici, urmăriți îndeaproape vor avea calitatea de a îmbunătăți munca sub aspectul depistării și diagnosticării bolnavilor, ceea ce este deosebit de important pentru etapa actuală.

Indicii tratamentelor curative sînt reprezentați de un indice care este constituit de procentul celor luați în tratament față de numărul total al bolnavilor și de un al doilea indice, pe care-l formează procentul celor tratați complet, față de cei luați în tratament.

Formularea acestor indici se face prin culegerea datelor existente asupra evidenței bolnavilor și a celor care urmăresc tratamentul lor (carnetul de tratament).

Indicii tratamentelor supresive sînt reprezentați de asemenea de un indice care este format de procentul celor luați în tratament supresiv, față de numărul total al celor indicați pentru acest tratament și un al doilea indice, care reiese din procentul celor tratați complet, față de cei prinși în tratament. După cum se știe, sînt supuși tratamentelor supresive pentru întreg sezonul cald, toți bolnavii de malarie cărora li s-a făcut un tratament schizontocid.

In sfîrșit, *indicii tratamentelor preventive* prezintă aspecte similare, în sensul că un indice îl va forma procentul celor supuși tratamentului preventiv față de numărul total al persoanelor de protejat din grupele selecționate de populație (femei gravide, mame care alăptează, colectivități muncitorești, colonii de copii etc.) și un al doilea indice din aceeași categorie va rezulta din procentul celor cărora li s-a făcut un tratament complet pe perioda respectivă, față de cei care au fost luați în tratament.

Pe lîngă indicii totali de mai sus, care se referă în masă la totalul persoanelor indicate din grupele selecționate, se vor putea stabili și alți indici, separat, pentru fiecare grupă selecționată, care urmează a fi supusă unui asemenea tratament.

Pentru stabilirea corectă a acestor indici, este necesar ca medicul de circumscripție să întrețină o evidență exactă asupra numărului persoanelor din diferitele grupe de populație selecționate, recomandate pentru tratamentul preventiv și în același timp să înregistreze cu regularitate executarea tratamentelor.

In general, toți acești indici care se referă la diferite tratamente ce se impun a fi instituite trebuie să fie cît mai aproape de 100%, pentru ca lupta împotriva rezervorului uman de hematozoar pe de o parte și măsurile de profilaxie pe de altă parte, să fie pe deplin asigurate.

Indicele de investigație, în legătură cu executarea anchetelor preepidemice, epidemice sau postepidemice, va reieși din procentul persoanelor examinate (care trebuie să fie de cel puțin 80%), față de numărul total al persoanelor existente în localitatea respectivă.

Cum în obiectivul anchetelor se găsește de cele mai multe ori o anumită grupă de vîrstă, în stabilirea procentului se va ține seama de acest lucru, pentru referire la grupa în cauză.

Indicii de eficiență în acțiunea antimalarică pentru munca rețelei de specialitate

(Stațiuni de malarie, puncte de malarie)

Indicele de expediere la timp a rezultatelor de laborator apreciază într-o anumită măsură munca microscopistului și este reprezentat de procentul rezultatelor care au fost expediate la termen (în 24—48 ore sau în aceeași zi și telefonic pentru infecțiile cu P. falciparum) față de numărul total al rezultatelor expediate.

Indicele de obținere a pontelor reiese din procentul pontelor obținute față de cel al izolărilor făcute.

Indicele de determinare după caracterul morfologic al adulților va fi dat de procentul determinărilor făcute față de numărul total al fixărilor.

Indicele de determinare la timp a procentului oocystic și sporozoitic va reieși din procentul numărului de stabilire la termen (15 zile de la data recoltării sîngelui de la bolnavii depistați) a acestor indici în focar și perifocar, față de numărul total al focarelor ce trebuiau investigate la termenul indicat.

Acești trei indici din urmă apreciază activitatea entomologului.

Indicele de desanofelizare va fi format de procentul gospodăriilor desanofelizate față de numărul gospodăriilor existente.

Indicele de desanofelizare se stabilește și prin calcularea densității medii a anofelilor într-un număr anumit de gospodării tratate.

Cînd desanofelizarea a fost realizată în condiții bune de tehnică și materiale, densitatea medie a anofelilor este nulă pînă la 2 1/2 luni pentru H.C.H. și 4 luni pentru D.D.T. de la data efectuării pulverizării.

Numărul anofelilor proaspăt gorjați nu indică o încetare a remanenței.

Pentru o localitate pulverizată cu H.C.H., în care s-a găsit densitatea medie 13, la 2 luni de la pulverizare, acest indice se exprimă astfel: Pentru H.C.H. d.m. 13/după 2 luni.

Indicele de morbiditate va fi dat de procentul îmbolnăvirilor prin malarie, raportat la populația din localitatea sau regiunea respectivă. Aici trebuie să se țină seama de faptul că în prezent înregistrarea unui caz de malarie pretinde și confirmarea lui pe cale de laborator.

Aprecierile sub acest aspect se vor face comparativ cu procentele de îmbolnăviri ale anului precedent, fiind necesar ca procentele de pe anul în curs să fie mai scăzute sau cel puțin egale cu cele din anul anterior.

Eficiența măsurilor antiimago instituite înaintea noii transmisiuni se constată prin dispariția cazurilor noi și a infecțiilor cu P. falciparum.

Astfel, prin urmărirea sistematică a acestor indici calitativi de apreciere a muncii, rețeaua curativo-profilactică și rețeaua antimalarică vor reuși să-și îmbunătățească în mod efectiv activitatea, așa încît problema eradicării malariei să se poată pune într-un viitor cît mai apropiat.

BIBLIOGRAFIE

Moreinis : Problema indicilor calitativi în activitatea secţiilor sanitaro-epidemice.

Conf. dr. Mureşan P., dr. Panaitescu G.: Eficienţa activităţii reţelei curativo-profilactice şi sanitaro-antiepidemice prin prisma indicilor calitativi. Revista de Ocrotire a Sănătăţii în R.P.R., nr. 6/1952.

Dr. Saim A., Vergulescu Al., dr. Evian N., dr. Spasiu Alex.: Indici calitativi de apreciere a randamentului muncii în unităţile antituberculoase. Revista de Ocrotire a Sănătăţii în R.P.R., nr. 1/1953.

Dr. Dumitriu Radu : Urmărirea desfăşurării acţiunii de prevenire şi combatere a sifilisului cu ajutorul indicilor statistici. Revista de Ocrotire a Sănătăţii în R.P.R., nr. 2/1953.

Constantinescu S., Aldea M.: Criterii pentru aprecierea eficienţei muncii D.D.D. în teren. Revista de Igienă, Microbiologie şi Epidemiologie, nr. 5/1953.

★

Критерии для оценки действенности работы по борьбе с малярией

В статье предлагается ряд показателей для оценки действенности работы по борьбе с малярией.

Для лечебно-профилактической сети предлагаются показатели выявления диагноза, диагностических мазков крови, контрольных мазков крови, лечения, профилактики, эпидемиологических исследований. Для антималярийной сети, предлагаются показатели своевременного сообщения результатов лабораторных исследований, установления места и времени выплода, определения взрослых особей по морфологическим признакам. своевременного определения процента ооцистов и спорозоитов, дезанофелизации и заболеваемости.

★

CRITERIUM POUR APPRÉCIER L'EFFICIENCE DE L'ACTION CONTRE LE PALUDISME

Les auteurs de l'article proposent plusieurs indices pour l'appréciation de l'efficience de l'action contre le paludisme. Ainsi, pour le réseau curatif-prophylactique sont proposés ; l'indice de dépistage, de diagnostic, de récoltation des lames de diagnostic, des lames de contrôle, des traitements suppressifs, des traitements préventifs et d'investigation. Pour le réseau de spécialité (stations de paludisme, points de paludisme) sont recommandés ; l'indice d'expeditions à temps des résultats de laboratoire, celui de l'obtention des pontes, de détermination d'après le caractère morphologique des adultes, de détermination à temps du pourcentage oocystique et sporozoitique, de désanophélisation, ainci que celui de morbidité.

CERCETĂRI CU PRIVIRE LA MUNCA FEMEII ÎN INDUSTRIE

A. KÖPPICH, A. VITALYOS, N. COJA, E. MENYASZ
(sub îndrumarea directă a prof. L. PRODAN)

Realităţile etapei pe care o parcurgem în evoluţia societăţii pune femeii probleme noi.

Asigurarea satisfacerii maximale a nevoilor materiale şi culturale mereu crescînde ale întregii societăţi *nu e posibilă* — spune I. V. Stalin — *în legea fundamentală a socialismului,* decît prin dezvoltarea neîntreruptă a producţiei. Ori *această dezvoltare neîntreruptă a producţiei nu poate fi acoperită numai de forţa de muncă a bărbaţilor.* Ea implică atragerea masivă a femeilor în cîmpul muncii.

Specificul biologic al sexului feminin, cît şi situaţia femeii *trăită în regimul capitalist în condiţii de viaţă diferite de ale bărbatului* nu puteau să nu dea o faţă nouă lucrurilor. Femeia *introdusă* în muncă fără antrenament, fără suficientă forţă fizică, pe de altă parte cu obligaţiile *sale de soţie, mamă şi gospodină,* este expusă la dificultăţi şi eforturi, la conflicte şi dezorientări.

In lumina acestor realităţi, un studiu privind munca femeii, apare pe deplin justificată.

Cercetările noastre şi-au propus să caute *să ajute construirea socialismului,* pe de o parte prin studierea condiţiilor de muncă cele mai adecvate, iar pe de altă parte prin studierea metodelor de adaptare a femeii la diferitele munci industriale.

Deşi sarcina pe care ne-o luăm pare grea, exemplul dat de U.R.S.S. ne arată că rezolvarea nu e imposibilă ; prin crearea condiţiilor de muncă corespunzătoare, prin orientarea spre anumite ramuri de producţie, prin măsurile de ocrotire a sănătăţii femeii, mamei şi copilului. Uniunea Sovietică a reuşit să antreneze în construirea socialismului o femeie sănătoasă, robustă, ce face faţă cu succes atît îndatoririlor de muncitoare cît şi celor de mamă. Regimul nostru de democraţie populară urmînd acest exemplu, a luat măsurile necesare pentru ocrotirea femeii muncitoare. Dar îmbunătăţirea condiţiilor de muncă n-au ajuns să elimine în totalitate nocivităţile industriale pe de o parte, iar pe de altă parte, organismul femeii nu s-a putut elibera încă de moştenirea

grea a regimului trecut şi nu s-a putut adapta suficient muncii industriale.

Scopul primelor lucrări a fost orientarea în această problemă, efectuarea unei munci de sondaj, pentru a găsi indicaţii în ce direcţie să fie continuate şi aprofundate în viitor. In acest studiu am luat în considerare atît mediul extern, fizic şi social, cît şi mediul intern, cu particularităţile reactivităţii femeii. Unitatea indisolubilă a acestor două medii, interdependenţa dintre diferitele organe şi reglarea lor de către sistemul nervos central au fost principiile pe baza cărora am analizat morbiditatea. Pentru a dovedi ştiinţific care e raportul dintre morbiditate şi munca industrială, a trebuit să abandonăm metodele vechi de cercetare şi să căutăm o metodă nouă, dialectică, care poate furniza date reale şi just interpretate.

Lucrările executate şi metodele de lucru.

Cercetarea a fost iniţiată din partea Institutului de igienă prin secţia de igienă a muncii, sub conducerea şi îndrumarea directă a tov. prof. Prodan Leon şi efectuată în lunile ianuarie şi februarie 1951, într-o fabrică de pielărie. Institutul a lucrat în colaborare cu Clinica ginecologică-obstetricală şi endocrinologică, Clinica de boli interne, oftalmologie, neurologie, otorinolaringologie şi un laborator medical, şi a mobilizat un colectiv format din 27 persoane: Păcuraru Lavinia, Ursan Gh., Ilea V., Herskovits A., Luca Mircea, Salamon N., Surianu R., Rosenfeld C., Nadudvary Gh., Bernstein R., Simu Gh., Colceru Florica, Isaiu Viorica, Bergner Eva, Paina Iudita şi alţii, examinînd un lot de 198 femei.

Sprijinul permanent dat de tov. prof. S. Cupcea, pentru care îi aducem vii mulţumiri, ne-a fost de un real folos.

Pentru efectuarea cercetării s-a elaborat o fişă întocmită anume în acest scop, care urmărea să oglindească atît starea economico-socială, cît şi starea de sănătate a femeii.

Deoarece cercetarea a fost efectuată pe un număr relativ mic de muncitoare (198), concluziile noastre necesită încă verificare. Totuşi, din această modestă lucrare au reieşit cîteva date de mare importanţă pentru cercetările următoare.

Cercetarea noastră de început şi-a atins rostul ei, rezolvînd intenţiile noastre imediate, adică găsirea unei metode dinamice de cercetare şi făcînd un sondaj pentru a vedea care trebuie să fie direcţia şi conţinutul cercetărilor viitoare.

„Cunoaşterea morbidităţii unei colectivităţi industriale sau de altă natură, stă la baza medicinei profilactice.

In condiţiile regimului sovietic, studiul morbidităţii bazat pe consultaţiile curente, a luat o formă organizatorică dintre cele mai complete, datorită creşterii considerabile, a reţelei de instituţii medicale şi a calităţii din ce în ce mai bune a asistenţei medicale. Studiul morbidităţii în condiţii bune, nu se poate face în ţările capitaliste. Lipsa unei reţele largi în instituţii medicale, precum şi caracterul privat al practicii medicale, împiedică să se determine acolo starea morbidităţii din sînul populaţiei". (Batkiş).

Fără să intrăm în descrierea istoricului şi a dezvoltării acestei probleme, reamintim pe scurt, că cercetarea morbidităţii se face azi în trei faze succesive. Prima fază constă în culegerea şi înregistrarea datelor privind morbiditatea. A doua fază este prelucrarea, iar a treia fază interpretarea datelor.

Astăzi, morbiditatea industrială se poate studia :

1) pe baza datelor de la consultaţiile curente;

2) pe baza examinărilor medicale periodice şi de dispensarizare:

3) pe baza certificatelor medicale de concediu, şi

4) pe baza unor examinări medicale prin brigăzi complexe de specialişti.

Fiecare din aceste metode îşi are avantajele şi dezavantajele sale. Totuşi, pentru studii speciale metoda brigăzilor complexe pare a oferi mai multe posibilităţi decît celelalte metode şi de aceea colectivul nostru a ales această din urmă metodă.

Cele patru metode de mai sus, servesc numai pentru culegerea şi înregistrarea datelor, privind morbiditatea. Acestei faze îi urmează faza de prelucrare şi verificare, fază esenţială pentru a putea desprinde caracterul şi importanţa specifică a fenomenelor morbide. In capitalism, studiul morbidităţii era utilizat pentru depistarea fenomenelor morbide şi a muncitorilor bolnavi, care prezentau o capacitate de muncă redusă. Intrucît acest grup de muncitori periclita asigurarea profitului maxim, erau eliminaţi din cîmpul muncii. Datele de morbiditate au fost utilizate fără îndoială şi pentru scopuri curative şi profilactice, însă acest scop a fost de mai mică importanţă. Datele privind morbiditatea, erau supuse de obicei unei prelucrări statistice utilizînd metodele statice, care erau corespunzătoare scopurilor urmărite.

In mod similar, lucrările privitoare la morbiditatea legată de munca femeii în industrie, erau prelucrate şi interpretate în mod static, care au permis să se tragă concluzii greşite. Astfel, pe baza acestui fel de interpretare, femeile din cîmpul muncii sînt înfăţişate cu o morbiditate mult mai ridicată decît a bărbatului. Acest fapt a permis, fie eliminarea femeii din cîmpul muncii, fie salarizarea inferioară bărbatului. Acesta este unul din exemplele cele mai tipice, cum aplicarea prelucrării datelor prin metoda statică duce la concluzii tendenţioase şi camuflează cît se poate de bine interesele capitaliştilor.

Aceste metode de urmărire a morbidităţii în mod static sînt în uz şi astăzi, deşi sînt improprii pentru o justă interpretare a anumitor fenomene morbide. Pentru ilustrarea celor de mai sus, amintim cele mai recente lucrări ale autorilor germani (Schröder, Emmerich, Lork etc.) publicate în „Darea de seamă a Congresului de ginecologie", ţinut în Republica Democrată Germană în 1951. Prof. dr. Schröder, raportorul problemei „Munca femeii în industrie" recunoaşte de la început, că lucrările prezentate de ei nu rezolvă în mod satisfăcător problema muncii femeii „din lipsa unei metode de lucru corespunzătoare". Astfel se explică numeroasele concluzii, care se află în lucrările lor, pe care ei singuri le declară discutabile.

Există metode dinamice cu privire la studiul morbidităţii. Astfel, de exemplu, în Uniunea Sovietică se face în mod curent compararea

datelor de morbiditate pe diferite intervale de timp, cu datele unor alte intervale corespunzătoare, se face compararea datelor obținute la două colectivități de aceeași natură sau chiar diferite, în mod evolutiv, pe diferite intervale de timp. De asemenea se face comparația morbidității pe diferite grupe de vîrstă din două colectivități diferite și altele. Insă toate aceste metode, nu au dat rezultatele dorite, deși ele au fost aplicate și la morbiditatea femeii din cîmpul muncii.

Colectivul nostru a întîmpinat aceleași neajunsuri la prelucrarea datelor privind morbiditatea femeii. Am găsit necesară de la început utilizarea unei metode noi, de analiză mai dinamică, care să redea în mod mai exact evoluția morbidității, strîns legată de condițiile de muncă și totodată să permită separarea morbidității avînd o cauzalitate extraprofesională.

In acest scop, la anamneză noi am pus un accent deosebit pe antecedentele morbide ale femeilor, separîndu-le pe epoci distincte, care permit evidențierea stării de sănătate pînă în momentul intrării în cîmpul muncii, apoi morbiditatea produsă în cîmpul muncii, precum și morbiditatea care poate fi legată cauzal de condițiile muncii industriale. Prin această analiză dinamică, s-a putut pune în evidență, că marea majoritate a morbidității specific feminine, nu este legată atît de mult de procesele muncii, cît depinde de morbiditatea premergătoare intrării în cîmpul muncii. Pe lîngă marele avantaj de a clarifica și de a da o interpretare justă a fenomenelor morbide, această metodă permite urmărirea morbidității cauzate de munca industrială în mod mai precis și mai distinct de celelalte cauzalități.

In mod practic, datele au fost prelucrate după următoarele criterii:

1) Morbiditatea dinainte de intrarea în cîmpul muncii.

2) Morbiditatea pentru perioada de după intrarea în cîmpul muncii.

Această din urmă perioadă a fost subîmpărțită în diferite categorii, pentru a avea o reprezentare evolutivă a morbidității, cu toate variațiile ei, pentru a vedea legătura între boală și locul de muncă. Astfel, prelucrarea datelor s-a făcut:

a) după vechimea în cîmpul muncii,

b) în raport cu vîrsta (și vîrsta la intrarea în cîmpul muncii),

c) în raport cu diferitele nocivități de la locul de muncă, făcînd în același timp și diferite corelații,

d) pentru persoanele care au lucrat în mai multe întreprinderi sau au avut întreruperi îndelungate în muncă prin analiza separată a morbidității pe aceste epoci.

Pentru a dovedi superioritatea metodei dinamice, vom ilustra acest fapt prin cîteva exemple. Endocrinopatiile s-au depistat la 97,22% din femeile examinate; din acestea 31,79% existau înainte de intrarea în cîmpul muncii (fig. 9), dar nici restul, care au apărut după intrarea în cîmpul muncii, nu au putut fi puse pe seama condițiilor de muncă. Afecțiunile ovariene s-au depistat la 77,95% a cazurilor, din acestea, 20,56% au preexistat la intrarea în cîmpul muncii. Dar și aici cu cît se înaintează în vîrstă, cu atît numărul lor crește, indiferent că e vorba de femei casnice sau muncitoare. La analiza statică a inflamațiilor genitale, de exemplu, s-ar părea, că morbiditatea cea mai ridicată este la

secția cu expunere la acetonă. Analizînd însă acest fapt, prin metoda dinamică, cu separarea morbidității dinainte de intrarea în cîmpul muncii, reiese că *funcționarele* prezintă morbiditatea cea mai ridicată. Această morbiditate, aparent mai ridicată pentru femeile cu expunere la acetonă, se datorește faptului că, acest grup de muncitoare, din întîmplare, a prezentat o morbiditate mai ridicată prin inflamații genitale, înainte de intrarea în cîmpul muncii.

Mergînd mai departe în analiza noastră și axînd morbiditatea pe vechimea în cîmpul muncii și pe vechimea de la locul de muncă unde s-au efectuat examinările, reiese că la secția cu expunere la acetonă, morbiditatea cea mai mare cade pe anul al doilea, ca de aici să scadă progresiv, iar morbiditatea în celelalte secții crește paralel cu vechimea în cîmpul muncii.

Cercetarea noastră mai dovedește că acțiunea acetonei, ar fi fost falsificată, dacă nu ar fi fost analizată morbiditatea din cîmpul muncii separat pentru perioada cu expunere la toxic. Numai datorită acestei analize s-a putut pune în evidență evoluția specifică sus-menționată, la femeile expuse la acetonă. Fără o analiză separată morbiditatea acestui grup de femei s-ar fi prezentat în mod similar cu acea a femeilor fără expunere la toxic. Urmează să se analizeze și mai aprofundat, în ce măsură contribuie la aceasta adaptarea organismului și în ce măsură selecția persoanelor rezistente la toxic.

Condițiile de muncă.

Pentru cercetarea noastră, am ales trei secții principale:

1) Secția de cusătorie din fabrica de ghete, unde am examinat 96 femei. Aici se pun probleme ale influenței pozițiilor, trepidațiilor și a condițiilor igienice generale de lucru.

2) Secția de sandale, unde se lucrează cu o substanță de lipit care conține acetonă. Numărul femeilor examinate a fost de 43.

3) Secția funcționarelor, care lucrează la calcularea salariilor, unde am examinat 39 femei, ce efectuează o muncă sedentară.

Restul de 20 femei s-au recrutat din alte secții.

Secția de cusătorie.

In această secție se confecționează fețe de pantofi, muncitoarele efectuînd această muncă la mașina de cusut. Cubajul care revine pe persoană este de 32 mc. Iluminatul este corespunzător. De asemenea celelalte condiții de microclimat sînt corespunzătoare.

In secție se întrebuințează trei tipuri de mașini: unele mașini sînt puse în funcție de forța electrică, iar mașinile din al doilea tip sînt puse în mișcare de către muncitoare prin pedale. La aceste două tipuri de mașini, femeile se găsesc în poziție sedentară, aplecate înainte. Mașinile din al treilea tip sînt prevăzute cu cîte o măsuță înaltă, unde femeia nu trebuie să se aplece pentru efectuarea muncii și funcționează complet electric. In efectuarea acestei munci se produc trepidații, cauzate de mașinile de cusut. Aceste trepidații, cu amplitudine și frecvență mijlocie, interesează întreg corpul, avînd multe posibilități de amortizare, decî au o influență nocivă relativ redusă.

Procesul de muncă din această secție necesită o încordare a atenției, deoarece mișcările trebuie efectuate la timp și cu mare precizie. Totuși munca din această secție e o muncă relativ ușoară, fără neajunsuri deosebite.

Secția sandale.

In această secție cubajul care revine pe o persoană este de 10,78 mc. Intrucît atmosfera e contaminată de substanțe toxice, ar fi nevoie de un cubaj mai mare și de o ventilație adecvată.

Nocivitatea principală din această secție este acetona, care are o acțiune generală, fiind și narcotică. De asemenea, acetona atacă organele hemato-poetice, cauzînd anemie. Acetona de obicei e impură, conținînd diacetona, care e o substanță mai toxică care atacă căile respiratorii și posedă capacitatea de a provoca excitația receptorilor din mucoasa ochilor și a căilor respiratorii superioare, chiar la o concentrație de 0,002 pînă la 0,003 mg/litri.

Cu toate că muncitoarele lucrează cu o pensulă, nu se poate evita ca acetona să nu ajungă pe pielea lor.

Secția de toxicologie a Institutului de igienă a cercetat atît acetona din aer cît și din sîngele muncitoarelor aparținînd acestei secții. S-a constatat că în medie, conținutul în acetonă al unui litru de aer este de 0,324 mg (cantitatea admisă este de 0,2 mg/litru de aer ca limită superioară). Experiențele lui Klenova pe animale, dovedesc că acțiunea acetonei asupra organismului animal e mai toxică decît a benzinei de exemplu, deoarece benzina se elimină repede din organism, iar acetona, avînd proprietatea de a se elimina cu o viteză mai redusă decît viteza pătrunderii, se acumulează în organism, fiind astfel un toxic mai periculos.

Examinarea acetonei din sînge s-a efectuat la sfîrșitul celor 8 ore de muncă. S-au examinat 12 femei în această privință, găsindu-se o concentrație de acetonă de 0,0789 g pînă la 0,310 g la 100 g sînge.

La muncitoarele expuse vaporilor de acetonă, se observă în primul, dar mai ales în al doilea an de la angajare, fenomene multiple de dereglare a activității, care se redresează după un anumit timp datorită reacțiilor de adaptare a organismului. Acest fenomen e similar cu acela constatat de către colectivul care a studiat intoxicația cu plumb.

Munca se efectuează atît sedentar, cît și în poziția ortostatică. Munca ortostatică este de obicei asociată cu diferite mișcări legate de procesul tehnologic.

Secția de calculat salariul.

Muncitoarele sînt distribuite aci în mai multe încăperi. Munca în această secție este o muncă intelectuală încordată, care se efectuează șezînd. Condițiile de microclimat sînt corespunzătoare.

Dacă totuși funcționarele prezintă o morbiditate relativ mai mare decît muncitoarele de la celelalte secții, acest lucru se poate atribui faptului că funcționarele prezintă la angajare o debilitate fizică inițială, mai accentuată decît oricare altă muncitoare. Acest lucru va reieși mai bine în partea a doua a lucrării.

★

Pe baza examenului complex făcut de echipa medicală ar trebui să stăruim întîi asupra morbidității generale. Fără să negăm aspectul medical general al stării sanitare și fără să negăm legătura dintre afecțiunile genitale și acest aspect, studiul prezent va adînci afecțiunile aparatului genital cu scopul determinării specificului feminin, în condițiile de muncă descrise. Concluziile acestui studiu vor fi apoi raportate la morbiditatea generală, a cărei prelucrare dinamică este în curs.

Analiza privește bolile obstetrico-ginecologice și endocrine, cît și raportul ce există între ele. Fiecare caz a fost însă studiat în ce privește morbiditatea generală și apoi examinat în comun de ginecolog, obstetrician și endocrinolog.

Prima categorie de boli studiate sînt *tulburările de ciclu menstrual.* Noi am analizat istoria fiecărui caz și am constatat că cele mai multe tulburări de ciclu au apărut înainte de intrarea în cîmpul muncii și foarte puține sînt cele ce au apărut după intrarea în secția în care noi le-am găsit în momentul anchetei. Dar nici acestea nu se pot pune toate în contul muncii din secție. Cazuri ca cele ce au venit în secție cu hipoplazia organelor genitale de exemplu, desigur că sînt predispuse la astfel de tulburări, indepedent de mediul în care lucrează. La fel, dacă aceste muncitoare, din motive nespecifice pentru mediul industrial, cum ar fi o afecțiune inflamatorie genitală, ar avea tulburări de ciclu, ar fi greșit să le punem în socoteala specificului muncii industriale.

Rezultate și concluzii

Tulburările menstruale.

a) *Tulburările de menarchă,* analizate pe secții și grupe de vechime, arată că nu au nici o legătură cu munca (fig. 1, 2, 3).

b) *Tulburările de cantitate, durată și periodicitatea menstrelor.* Din totalul femeilor, 35,36% au tulburări de menstruație dinaintea intrării în cîmpul muncii și doar 9,42% după intrarea în cîmpul muncii.

O constatare prețioasă este apariția într-un procent mare a tulburărilor de cantitate și durată în primul an, la secția sandale, pe care noi o socotim ca o consecință a nocivității chimice specifice acestei secții: acetona.

Spre deosebire de aceasta, tulburările de periodicitate apar cu o frecvență mai mare la cusătorie, și nu în primul an, ci de la primul an la al patrulea an.

c) *Dismenoreea* cîștigată în cîmpul muncii, o întîlnim cu predominență la secția sandale. Privită în lumina concepției moderne, nerviste, dismenoreea e socotită ca o dereglare angioneurotică, plecată de la scoarță, avînd ca receptor alterații ale aparatului genital. Ea este favorizată — în declanșare — de terenul predispus printr-o reactivitate nervoasă deosebită. Nocivitatea industrială chimică din secția sandale, prin neurotropismul ei specific, solvant al lipidelor sistemului nervos, reprezintă un factor important pentru provocarea dismenoreei. Cu atît mai mult putem afirma aceasta cu cît în secția sandale muncitoarele n-au venit în industrie cu un teren predispus, cum am putut constata de exemplu la funcționare.

In concluzie, tulburările menstruației nu sînt legate — în apariția lor — decît într-un procent mic, de factorul muncă. Este de reținut faptul că la nocivitatea chimică tulburările apar imediat și masiv, pe cînd la cea fizică, lent și progresiv. Nocivitatea chimică, prin neurotropismul ei, provoacă mai des dismenoree.

Bolile ginecologice.

Pentru ușurarea studiului nostru am subîmpărțit aceste boli în: inflamații, tumori, tulburări de poziție și tulburări funcționale, sacrificînd astfel unitatea nosologică.

a) *Inflamațiile.* In medie le întîlnim în 68,43% în momentul examinării (fig. 4), din care 56,63% au apărut în cîmpul muncii (fig. 5).

Cifrele din alte statistici sînt ceva mai mici (36%, 38%, 51%). Conduce secția de funcționare, lucru întîlnit și la alte statistici și explicabil prin viața sedentară, prin încărcarea antecedentelor și prin surmenajul intelectual care se transpune de pe sistemul nervos central pe cel vegetativ și periferic, provocînd tulburări neurotrofice pelviene, ce dau altă față evoluției infecțiilor.

b) *Tumorile.* Nici cantitativ, nici calitativ nu prezintă ceva de remarcat în raport cu statisticile de patologie ginecologică. Frecvența e de 7,43%.

c) *Tulburările de statică.* Sînt frecvente (în medie 36,5%) și întrec procentul de statistici (23,3%) datorit cisto-rectocelului pe care noi l-am categorisit aici. N-au legătură cu munca industrială din secțiile studiate de noi (lipsind ridicarea de greutăți, ortostatismul și trepidații de mare amploare, cum ar fi de exemplu la autobus).

d) *Tulburările funcționale,* cuprind doar cele rămase înafară de tulburările de ciclu și hormonale, adică tulburările de simț genital, cît și consecințele degenerescenței polichistice a ovarelor. Media este de 58,8% (fig. 6), care corectată prin metoda dinamică se reduce la 40,89% (fig. 7) ce au apărut în cîmpul muncii (fig. 8). Frecvența lor merge paralel cu înaintarea în vîrstă.

In rezumat, ordinea frecvenței bolilor ginecologice este următoarea:

1. Inflamații 68,43%.
2. Tulburări funcționale 58,80%.
3. Tulburări de statică 36,46%.
4. Tumori 7,43%.

La toate categoriile de afecțiuni conduce secția de funcționare, ceea ce s-ar explica prin terenul cu predispoziție mai mare la îmbolnăvire. Această predispoziție e favorizată în secție prin sedentarism și efort intelectual. Terenul adus în cîmpul muncii s-ar datora mediului social care stă la baza unui anumit tip de reactivitate nervoasă, cît și distrofiei endemice tireopate mai frecventă la funcționare, care prin alterația de metabolism aduce tulburări întregului organism.

In concluzie, munca nu poate fi considerată ca o condiție favorizantă a acțiunii patogene, dar munca în condiții necorespunzătoare, prin sedentarism și surmenaj fizic sau intelectual, prin nocivitățile industriale, prin nerespectarea igienei epocilor fiziologice ale femeii, prin

neselecționarea muncitoarelor la angajare, din punct de vedere al caracterelor constituționale și ale stării endocrino-ginecologice, cum vom vedea mai tîrziu, influențează desigur morbiditatea ginecologică. Aceasta reiese din studiul mediului industrial la diferite secții.

Sterilitatea.

Inainte de intrarea în cîmpul muncii e vorba mai mult despre sterilitate primară (hipoplazia organelor genitale), iar după intrarea în cîmpul muncii despre sterilitate secundară (afecțiuni inflamatorii) care crește progresiv, continuu, cu amplificarea vieții genitale, cum e și natural.

Bolile endocrine.

Dintre toate afecțiunile depistate, endocrinopatiile au fost întîlnite mai frecvent: în medie 97,22% (fig. 9). Explicația o găsim în integrarea muncitoarelor noastre în endemia tireopată a regiunii Clujului, situată în aria Munților Apuseni. După procedura metodologică, dinamică, au intrat în cîmpul muncii cu endocrinopatii 31,79%. In secția sandale găsim și la morbiditatea endocrină același caracter particular cunoscut de la celelalte boli studiate.

După glande, tiroida deține evident locul întîi. E de reținut procentajul mare al femeilor muncitoare, care au suferit sau suferă în prezent de tireotoxicoză (cusătoare = 79,5%, sandale = 48,5%, funcționare = 57,2%).

Influența muncii industriale nu poate fi dedusă de nicăieri atîta vreme cît muncitoarele nu au fost scoase de sub influența nocivității generale, extraindustriale, care figurează în etiopatogenia tireotoxicozei. De aici decurge și concluzia profilactico-curativă.

Morbiditatea ovariană endocrină este și ea destul de frecventă — 77,95% (fig. 10). Scăzînd pe cea preexistentă datei de intrare în cîmpul muncii rămîne 57,35%. In raport cu vechimea în secție, numărul crește proporțional cu uzura biologică, excepție făcînd secția sandale, la care găsim aceeași curbă caracteristică.

Dintre aceste ovariopatii endocrine, 18,8% sînt insuficiențe ovariene primare, ce pot aparține genetic distrofiei endemice tireopate. Restul sînt insuficiențe ovariene secundare Este caracteristic faptul că insuficiența ovariană primară apare mai frecvent la funcționare (distrofia endemică tireopată adusă în cîmpul muncii), pe cînd cea secundară mai frecvent la cusătoare (trepidația, poziția vicioasă, sedentarismul).

Desigur că nici legătura cu afecțiunile genicologice nu trebuie uitată. Celelalte endocrinopatii figurează cu un număr atît de mic, încît nu merită un interes deosebit.

Trebuie să mai analizăm aci două afecțiuni întîlnite frecvent, care sînt în interacțiune însemnată cu afecțiunile cercetate de noi Este vorba de tulburările de reactivitate nervoasă și cerebrastenia.

Prin prima, înțelegem mai mult o *stare,* un mod de reactivitate mo-

dificată a organismului, sub influența mediului, a cărei origine nu este străină de însăși distrofia endemică tireopată cîștigată timpuriu. Intr-adevăr, procentele acestor tulburări aproape se suprapun celor ale distrofiei endemice tireopate (fig. 11) ; acaesta ne duce spre afirmația, că ambele pornesc din patognie comună și anume, participarea sistemului nervos atît în distrofia tireopată, cît și în tulburările de reactivitate nervoasă. Un argument în plus este și procentajul asemănător de la secția sandale, secție cu nocivitate chimică, neurotropă.

Cerebrastenia asociată endocrinopatiilor apare cu o frecvență de 7,3%. Tulburările nervoase funcționale care o caracterizează pare să constituie un stadiu preclinic, premergător bolilor profesionale, după cum constată autorii sovietici.

O privire rezumativă asupra afecțiunilor ginecologice, obstetricale și endocrine ne arată că morbiditatea este egală la intrarea în cîmpul muncii, la toate secțiile și mai tîrziu conduce cea endocrină, că morbiditatea tuturor afecțiunilor crește cu vechimea, deci are aspect evolutiv, în concordanță cu alte cercetări (fig. 12, 13 și 14). Procentual cea endocrină conduce de la început (fig. 15).

Am găsit important să insistăm asupra legăturii din aceste trei categorii de boli. Din totalul femeilor examinate 96,71% prezintă afecțiuni. Frecvența mare a afecțiunilor se datorează procentului mare de distrofii tireopate, cît și depistării minuțioase de către fiecare specialist, a celor mai discrete afecțiuni, chiar dacă ele nu scad capacitatea de muncă. Scăzînd 25,9% din afecțiunile manifestate înainte de intrarea în cîmpul muncii, pentru timpul petrecut în muncă revine o medie de 70,7%. Dacă considerăm timpul petrecut în secție — în care au lucrat în momentul examinării — atunci la 50,6% din femei afecțiunea a apărut în secție.

Puține dintre ele suferă de o singură afecțiune, corelația dintre aceste organe făcînd ca suferința uneia să aducă după sine și suferința celorlalte (fig. 16). Merită și aci să subliniem caracteristica curbei morbidității la secția de sandale, care și în afecțiunile ginecologice și în cele endocrine și obstetricale își menține caracterul său particular (fig. 17 și 18). Acest fapt incontestabil în cazul nocivității chimice (acetona) pledează pentru un mecanism etio-patogenic comun: acțiunea directă a acetonei asupra sistemului nervos. E o constatare care trebuie verificată pe un material mai mare, în special în industriile chimice și aplicînd metoda dinamică.

In secția de cusătorie și funcționare, curba morbidității este ascendentă progresiv cu vechimea în secție. La secția sandale această curbă după primul an — care e asemănător celorlalte secții — face o ascensiune bruscă, ce coincide cu al doilea an de vechime în secție. Această ascensiune bruscă reprezintă o creștere de patru ori a numărului îmbolnăvirilor, față de primul an. In al treilea an urmează o scădere bruscă, iar în următorii ani o scădere continuă și lentă.

Deci, la cusătorie și funcționare curba reprezintă o creștere lentă, progresivă cu vechimea în secție. La secția sandale are trei caracteristici : creșterea bruscă în al doilea an de vechime în secție, scăderea bruscă în al treilea an și scăderea lentă și continuă în anii următori. Secția

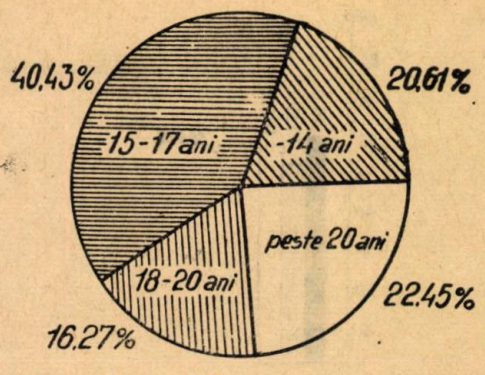


Fig. 1. — Vîrsta de intrare în cîmpul muncii

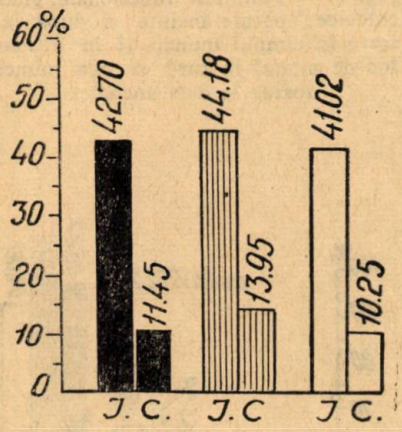


Fig. 2. — Tulburări de menarchă. Înainte și după intrare în cîmpul muncii

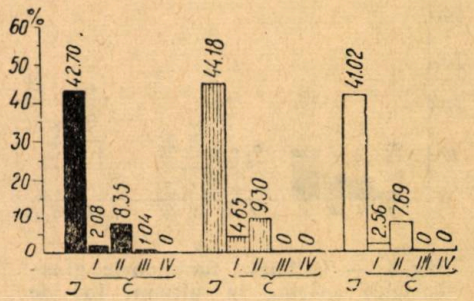


Fig. 3. — Tulburările de menarchă, raportate la vechime

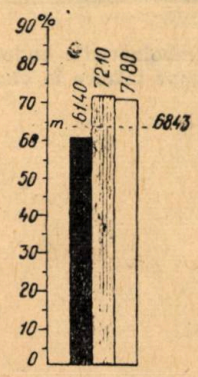


Fig. 4. — Afecțiuni ginecologice, aflate la data anchetei

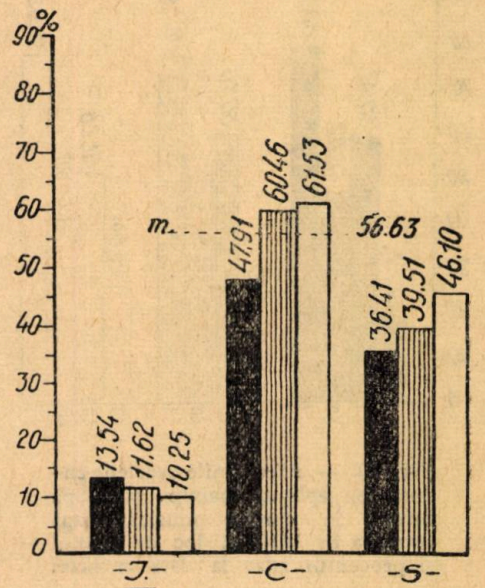


Fig. 5. — Afecțiuni ginecologice, apărute înainte sau după intrare în cîmpul muncii și după intrare în ultimul loc de muncă

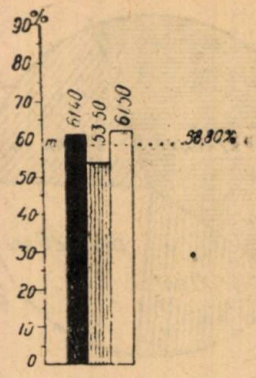


Fig. 6. — Tulburări funcţionale, ginecologice, constatate la data anchetei

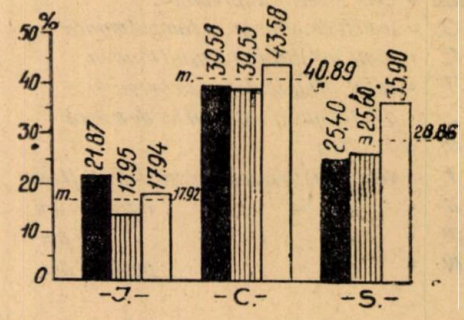


Fig. 7. — Tulburări functionale, ginecologice, apărute înainte şi după intrare în cîmpul muncii şi în ultimul loc de muncă în care se afla muncitoarea la data anchetei

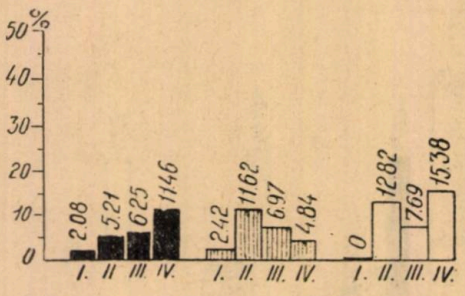


Fig. 8. — Tulburări funcţionale, ginecologice apărute în ultimul loc de muncă. Graficul caracteristic pentru secţia de sandale

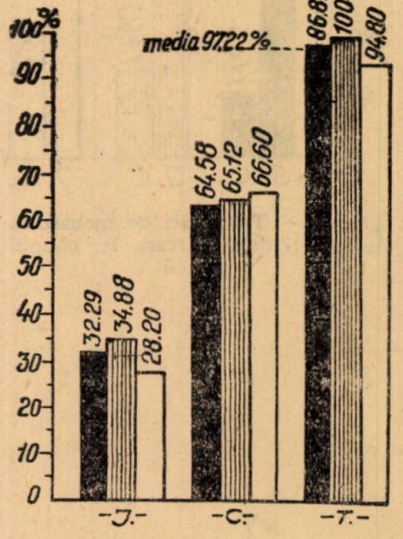


Fig. 9. — Imbolnăvirile endocrine, apărute înainte şi după intrare în cîmpul muncii

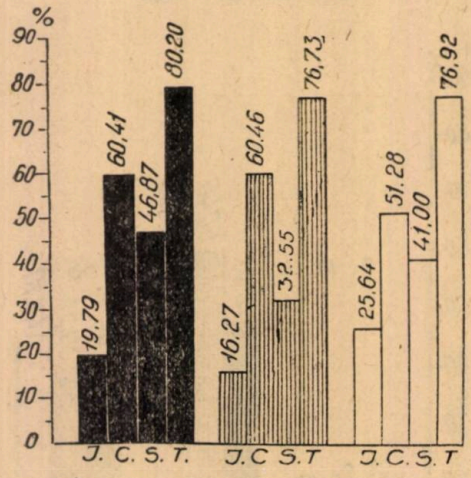


Fig. 10. — Afecţiunile ovariene endocrine, apărute înainte şi după intrare în cîmpul muncii, după intrarea în ultimul loc de muncă şi procentul aflat la data anchetei

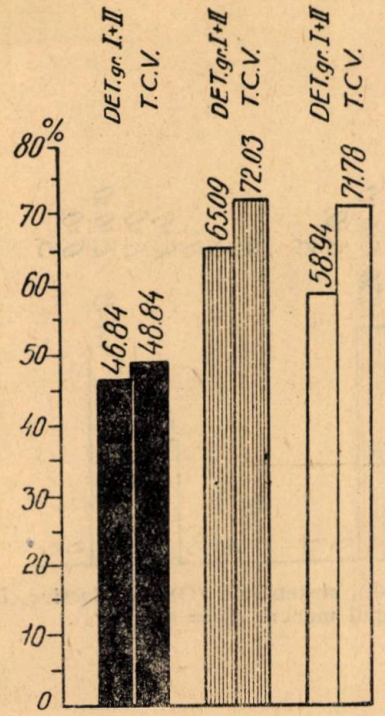


Fig. 11. — Frecvența tulburărilor cortico-viscerale (T. C. V.), raportată la distrofie endemică tireopată gr. I – II, în cele trei secții, la data anchetei

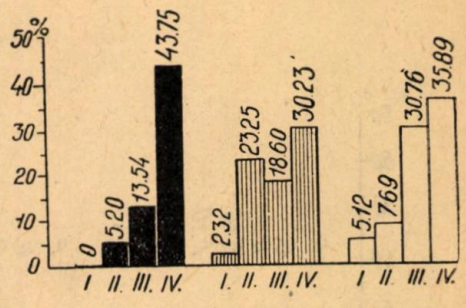


Fig. 12. — Morbiditatea ginecologică, raportată la vechimea în cîmpul muncii

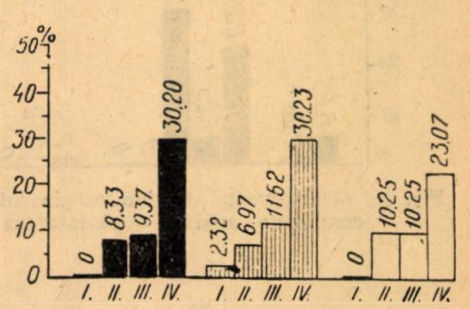


Fig. 13. — Morbiditarea obstetricală, raportată la vechimea în cîmpul muncii

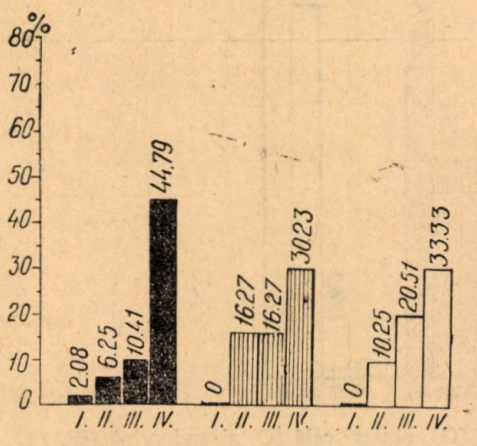


Fig. 14. — Morbiditatea endocrină, raportată la vechimea în cîmpul muncii

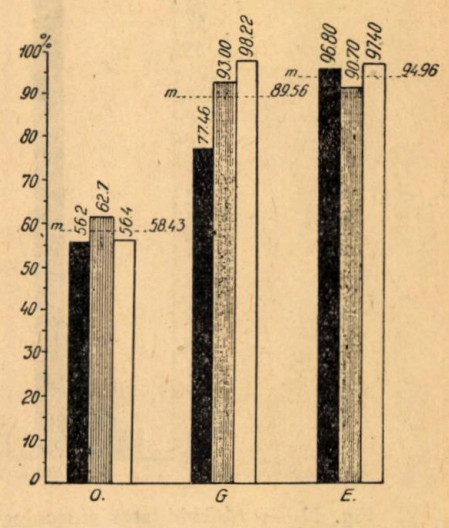


Fig. 15. — Frecvența morbidității obstetricale (O), ginecologice (G) și endocrine (E) la data anchetei

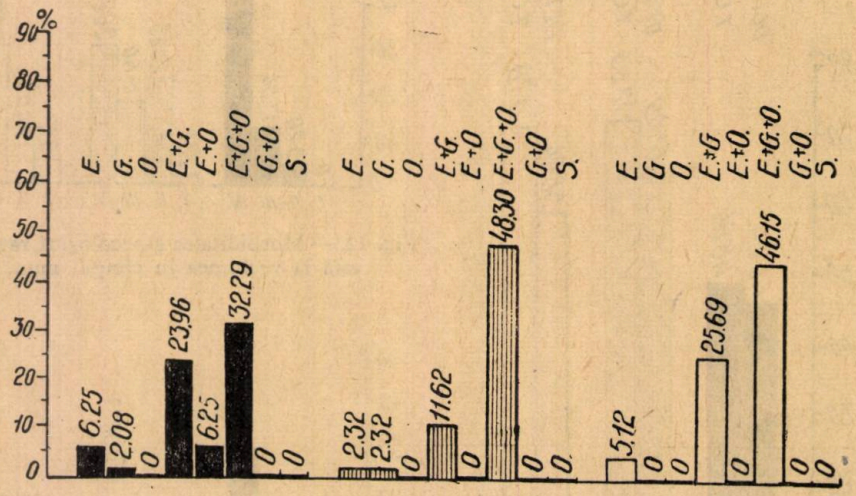


Fig. 16, — Frecvenţa afecţiunilor ginecologlce (G), obstetricale (O) şi endocrine (E) combinate, apărute după intrarea în cîmpul muncii. (S = sănătoase)

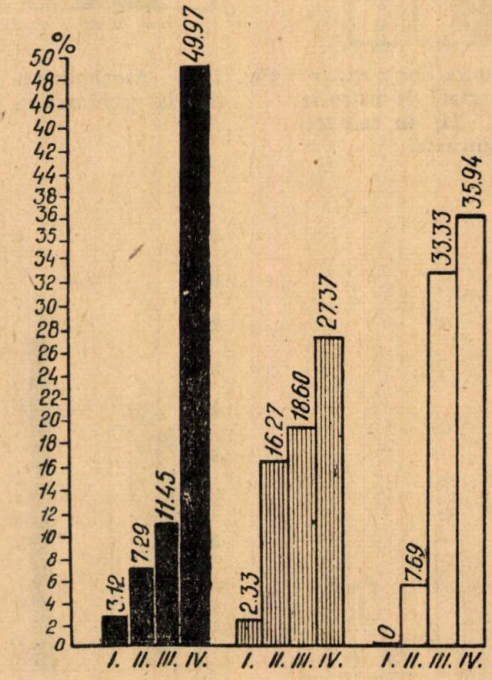


Fig. 17. — Morbiditatea ginecologică (G), obstetricală (O) şi endocrină (E), apărută în cursul activităţii profesionale, raportată la vechime. (Pentru comparaţia cu graficul „ultimului loc de muncă")

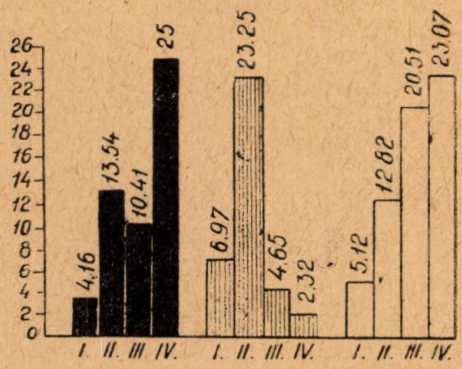


Fig. 18. — Morbiditatea ginecologică, obstetricală şi endocrină, apărută în ultimul loc de muncă şi raportată la vechime.
(Se remarcă graficul caracteristic al secţiei „sandale")

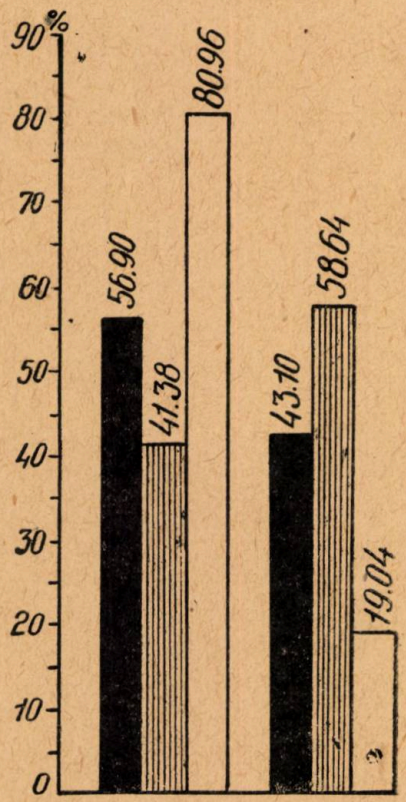


Fig. 19. — Dismenoreea înainte şi după intrarea în cîmpul muncii

sandale se deosebește de celelalte secții prin nocivitatea chimică, acetona, substanță solventă a lipidelor ce intră în constituția sistemului nervos. Apariția numărului mare de îmbolnăviri în al doilea an de vechime în secție o explicăm prin selecționarea cazurilor cu anumită reactivitate individuală, care cad toate victimă acestei nocivități neurotrope prin lipsa aptitudinii de adapatare în timpul scurt.

Scăderea lentă și continuă a îmbolnăvirilor în anii următori (în restul astfel selecționat) se datorește adaptării lente și progresive a cazurilor rămase indemne.

In rezumat, toate cele trei caracteristici ale curbei morbidității din secția sandale — secție cu nocivitate chimică neurotropă — se explică prin asocierea proceselor de selecționare și adaptare.

Pentru secția funcționare, terenul, încărcarea cu consecințele distrofiei endemice tireopate pe de o parte, iar pe de altă parte, labilitatea sistemului nervos și tulburărilor reactivității cortico-viscerale, explică morbiditatea cea mai crescută și caracterul ei progresiv. Ancheta viitoare va stabili dacă procesul de muncă contribuie la diminuarea rezistenței individuale și în ce măsură.

Morbiditatea la secția cusătoare ne arată o încercare de adaptare la nocivitățile caracteristice secției al căror studiu trebuie de asemenea adîncit într-o anchetă viitoare.

Cît privește *succesiunea acestor afecțiuni,* am ajuns la următoarele rezultate: afecțiunea cea mai frecventă găsită la toate secțiile, a fost afecțiunea obstetricală, cea primară, din ea derivînd cea ginecologică și apoi cea endocrină. De fapt, leziunile inflamatorii genitale cele mai frecvente sînt cele post-partum sau post-abortum, endocrinopatia fiind o consecință.

Ce importanță are munca în această succesiune ne-o arată, statistica lui Schröder (1951) din care reiese că femeile casnice fac mai des complicații obstetricale, decît cele din industrie. Deci munca în industrie nu e un factor nociv pentru provocarea complicațiilor obstetricale ca afecțiune premergătoare celor ginecologice și endocrine.

Dar un fapt nou și de mare importanță a reieșit din studiul legăturii dintre tulburările de reactivitate cortico-viscerală și afecțiunile de mai sus.

Statisticile noastre demonstrează un paralelism net la secțiile funcționare și sandale între frecvența afecțiunilor obstetricale, ginecologice, endocrine pe de o parte și prezența unui procentaj ridicat de tulburări de reactivitate cortico-viscerală, pe de altă parte.

La secția cusătoare unde nici terenul predispus, nici nocivitatea neurotropă nu acționează în așa măsură, paralelismul nu este evident.

Din studiul fișelor se poate constata neîndoielnic că tulburările de reactivitate cortico-viscerală au preexistat afecțiunilor ginecologice, obstetricale și endocrine.

Este vorba despre o reactivitate modificată, o susceptibilitate particulară a terenului pe care se grefează afecțiunile ginecologice, obstetricale și endocrine. Problema merită să fie studiată și verificată pe un număr mai mare de cazuri, căci ea ar putea să ne ajute practic în de-

pistarea încă în faza preclinică a unor tulburări, evitînd astfel o serie de îmbolnăviri, de complicaţii obstetricale sau atenuînd evoluţia lor. Totodată ne va arăta ce modificări de mediu sînt necesare pentru ameliorarea acestei reactivităţi.

Despre *cerebrastenie,* studiul nostru din fişe ne permite să afirmăm că apare constant, după o afecţiune obstetricală, ginecologică sau endocrină. Pentru că s-a constatat că cerebrastenia în mediul industrial reprezintă faza iniţială a unor viitoare boli profesionale, combaterea precoce a bolilor ginecologice, obstetricale şi endocrine, poate fi considerată ca o acţiune profilactică faţă de bolile profesionale.

BIBLIOGRAFIE

1. — *Aralovet:* Femeia sovietică.
2. — *Bîkov K. M.:* Teoria lui I. P. Pavlov în lumina materialismului dialectic.
3. — *Bebel:* Femeia şi socialismul.
4. — *Caplun:* Manual de igiena muncii.
5. — Encyclopédie d'Hygiene de pathologie et d'assistance soçiale. Vol. II. (Le travail du femme).
6. — *Emmrich U. P.:* Der Einfluss der Industrie-Arbeit auf die Gesundheit der Frau.
7. — *Gautrelet Maurice:* La femme au travail.
8. — *Kuczyseski,* Berlin: Economische Voraussetzungen der weiblichen Erwerbstätigkeit.
9. — *Lowe E. C.:* Frauenarbeit im Torf.
10. — *Lotiz V. M., Barov K. M.:* Problema studiului interoceptorilor uterului. Problema cortico-visteralnoi patologhii. Capit. „Despre semnalizarea de la aparatele sferei genitale".
11. — *Leibner Mamy:* Protejarea femeii în puerperalitate şi a nou-născutului.
12. — *Moers Martha:* Der Fraueneinsatz in der Industrie.
13. — *Martineck:* Arbeit und Gesundheit, Sozialmedizinische Schriftenreiche. Heft 10. Der Gesundheitschigsal des gewerblichen Arbeiterin.
14. — *Marcussou,* Berlin: Die Sozialhygienische Bedeutung der Frauenarbeit.
15. — *Smeleanski Z. B.:* Akuşerstvo i ghinekologhiia, nr. 6/1950, Medghiz, Moscova.
16. — Invăţătura lui I. P. Pavlov, baza ştiinţifică a dezvoltării ulterioare în obstetrică şi ginecologie (traducere din limba rusă). Revista Ştiinţelor Medicale, supliment — 1951.
17. — *Scröder R.,* Leipzig: Zusammenfassen des Referat über die Vorträge der Herren Emmrich Aresin, Sommer und Lork im Thema Frauenarbeit.

★

Исследования в связи с женским трудом в промышленности

С целью выяснения влияния труда на здоровье женщин, были подвергнуты обследованию 180 женщин и были установлены отдельно болезненные состояния, существовавшие до поступления на работу, и болезненые состояния возникшие после начала профессиональной деятельности.

Среди обнаруженных болезненных состоний, первое место занимают ;

а) нарушения менструации (в результате химических и физических вредностей, за которыми следуют),

б) эндокринные заболевания, воспалительные процессы, функциональные нарушения, расстройства статки, опухоли.

Из желез внутренней секреции, щитовидная железа и затем яичники поражались чаще других.

По своей последовательности, заболевания в результате родов предшествовали гинекологическим, а последние-эндокринным.

Наиболее высокая заболеваемость отмечалась спреди женщин служащих. Об'яснением этого может служить среда из которой они происходят. Энидемический зоб также должен приниматься во внимание

Труд оказывает отрицательное влияние на здоровье только при наличии неблагоприятных условий.

*

RECHERCHES CONCERNANT LE TRAVAIL DE LA FEMME DANS L'INDUSTRIE

L'étude a été faite sur 198 femmes et a consisté dans la délimitation de la morbidité existante au moment de l'engajement de la femme comme ouvrière ou employée, de la morbidité postérieure à son engagement.

En ordre décroissant, les résultats obtenus ont été les suivants :

1) La première place est détenue par les troubles menstruels causés par la nocivité chimique et physique.

2) En second lieu ont été enregistreés des maladies endocrines : inflammations, troubles fonctionels, troubles de statique et tumeurs.

Les glandes qui sont le plus fréquemment affectées sont la thyroide et ensuite l'ovaire.

En ce qui concerne la succesion des affections, celles obstétricales occupent la première place, suivres par celles gynécologiques et ensuite par celles endocrines.

Le pourcentage le plus élevé de morbidité est présenté par les employées, ce qui s'explique autant par leur provenance, que par la dystrophie thyréopate endémique.

Le travail influence l'état de santé seulement lorsqu'il a lieu dans des conditions inadéquates.

METODE DE ANALIZA MORBIDITĂŢII CU PIERDEREA TEMPORARĂ A CAPACITĂŢII DE MUNCĂ

D. CHIRIAC

Studiul morbidităţii cu pierderea temporară a capacităţii de muncă reprezintă o metodă organizatorică principală în activitatea unităţilor medico-sanitare de întreprindere.

Planificarea activităţii în aceste unităţi trebuie să pornească de la cunoaşterea cît mai profundă a morbidităţii, iar aprecierea eficienţei muncii trebuie făcută tot în raport cu evoluţia în timp a acestui fenomen.

Utilizarea pe scară din ce în ce mai mare a indicilor calitativi de frecvenţă, gravitate şi durată reprezintă în acest domeniu un pas înainte.

Folosirea acestor indici nu este însă pe deplin satisfăcătoare, deoarece majoritatea unităţilor se mulţumesc doar cu calculul acestor indici, fără a completa această operaţie printr-o analiză interpretativă, sau chiar dacă o fac, această analiză este formală, neputînd să scoată în evidenţă adevăratele cauze ale morbidităţii şi deci este nefolositoare.

In general procesul de studiu al morbidităţii se desfăşoară în trei etape succesive :

— o primă etapă o constituie înregistrarea înbolnăvirilor în formularele de evidenţă primară. Ea trebuie făcută cu respectarea tuturor principiilor unei corecte înregistrări, pentru a asigura exactitatea rezultatelor finale.

— materialul înregistrat trebuie sistematizat, grupat, totalizat etc. într-o a doua etapă, ceea ce constituie o prelucrare statistică.

Tot în această etapă intră şi calculul indicilor, operaţie necesară pentru ca materialul să permită desfăşurarea în bune condiţii a etapei următoare.

— a treia etapă o constituie analiza materialului, adică interpretarea lui, în scopul stabilirii, pe baza concluziilor, a măsurilor de combatere şi îngrădire a morbidităţii.

Articolul de faţă caută să prezinte o serie de metode practice de care trebuie să se ţină seamă în desfăşurarea acestei ultime etape, pentru ca unităţile medico-sanitare de întreprindere să poată avea un îndreptar în pregătirea şedinţelor de analiză a morbidităţii, precum şi în oricare alte ocazii în care este necesară această analiză.

Analiza materialului statistic cules, înregistrat şi prelucrat sub formă de cifre absolute şi indici cuprinde două părţi succesive : o primă parte, în care se face aprecierea nivelului indicilor, în raport cu cifrele de control în vigoare, deci o parte mai mult cantitativă şi o a doua parte, în care se face corelarea indicilor de morbiditate cu factorii de mediu, în vederea stabilirii concluziilor.

Aceste două părţi ale analizei sînt strîns legate, ele neputînd exista separat, avînd în vedere că prima parte sistematizează materialul, iar cea de-a doua îl valorifică, stabilind atît legăturile cauzale din cadrul morbidităţii, cît şi măsurile practice care trebuie luate pentru combaterea ei.

Pentru o bună desfăşurare a primei părţi a analizei, autorul sovietic S. I. Freidlin, în lucrarea sa „Organizarea activităţii punctului sanitar", recomandă respectarea următoarei scheme :

a) Indicii morbidităţii, pe întreaga întreprindere, din perioada de timp pentru care se face analiza, trebuie comparaţi cu indicii unei întreprinderi cu acelaşi specific de producţie, pe aceeaşi perioadă de timp.

Această operaţie este necesară pentru a constata nivelul indicilor, în raport cu indicii altei întreprinderi în care procesul tehnologic este acelaşi. Astfel se vor putea sezisa anumite situaţii necorespunzătoare la întreprinderea a cărei morbiditate este analizată.

Ar fi şi mai corect dacă s-ar putea face comparaţia indicilor întreprinderii în cauză cu media indicilor tuturor întreprinderilor cu acelaşi specific de muncă din localitate sau raion, deci cu indicii ramurii de producţie respective. Indicii pe ramura de producţie fac să dispară diferenţele datorite factorilor particulari fiecărei întreprinderi, arătînd doar tendinţa comună a morbidităţii în toate întreprinderile de acelaşi fel. Desigur că în acest mod va creşte valoarea concluziilor trase pe baza acestei comparaţii. Acest lucru nu se poate realiza însă totdeauna, din cauză că pentru obţinerea indicilor pe ramură de producţie sînt necesare o serie de calcule suplimentare care nu se fac în mod curent.

Cînd se face această comparaţie, este necesar să se ţină seamă de următoarele principii :

— materialul, care este luat ca termen de comparaţie, trebuie să fie omogen cu acela cu care va fi comparat.

In acest scop, înainte de a se face compararea, se va avea grijă să se cerceteze evidenţa primară, modul în care s-a făcut înregistrarea şi prelucrarea datelor etc. Toate acestea trebuie să fie identice la ambele întreprinderi, pentru ca concluziile să fie perfect valabile.

— codificarea trebuie făcută la ambele întreprinderi după aceleaşi criterii, adică o anumită cauză de îmbolnăvire trebuie înglobată întotdeauna în aceeaşi grupă de forme nosologice, primind acelaşi cod.

Aceste precauţii sînt necesare pentru a avea asigurate premisele unei comparaţii corecte şi deci a unor concluzii juste. Fără discuţie că numărul de cazuri şi zile dintr-o grupă de boli poate să fie mărit sau micşorat în mod subiectiv, dacă la codificare nu s-au avut în vedere aceleaşi criterii.

b) Indicii pe întreaga întreprindere trebuie confruntaţi cu date asemănătoare dintr-un interval de timp anterior (de ex. trim. II 1953 cu trim. I 1953) şi cu un interval de timp asemănător din anii precedenţi (trim. II 1953 cu trim. II 1952), obţinînd astfel o privire de ansamblu asupra dinamicii morbidităţii.

Comparaţia cu o perioadă de timp imediat anterioară este importantă pentru a se constata dacă există o tendinţă de ameliorare în urma măsurilor operative de combatere. Tot atît de importantă este comparaţia cu intervalul de timp analog din anul precedent, avînd în vedere că observarea tendinţei morbidităţii la un interval de timp ceva mai mare este cea mai justă, fiind realizate în acelaşi timp şi condiţiile de omogenitate în ceea ce priveşte anotimpul, factorii meteorologici etc.

Asupra acestei etape trebuie atrasă atenţia în sensul că importanţa operativă a analizei este cu atît mai mare, cu cît perioada de timp, la care se referă, este mai mică. Există însă în acelaşi timp pericolul ca concluziile analizei să fie influenţate de valorile prea mici ale cifrelor.

Analiza pe perioade scurte de timp atrage atenţia asupra amănuntelor, făcînd însă să dispară privirea de ansamblu asupra fenomenului.

Rezultă deci că pentru a fi completă analiza trebuie făcută atît pe perioade scurte, operativ, pentru a lua măsuri urgente de îndreptare, dar şi pe perioade lungi (trimestru, an) pentru a constata tendinţa fenomenelor în timp, şi astfel să se poată alcătui un plan complex, perspectiv, de combatere.

c) După ce s-a făcut aprecierea indicilor, aşa cum am arătat mai sus, este necesară analizarea greutăţii specifice, pentru a stabili ce loc ocupă fiecare grupă de boli (forme nosologice) în cadrul morbidităţii.

Această analiză defalcată este necesară deoarece indicele total pe întreprindere este o cifră medie, rezultantă a valorilor pe care le dau formele nosologice.

Indicii medii de valori identice pot rezulta din structuri diferite, avînd în vedere că creşterea bruscă a unei forme nosologice poate fi echilibrată de reducerea, în aceeaşi măsură, a indicelui uneia sau chiar mai multor forme de boală. Aşa dar nu se poate trage o concluzie clară asupra morbidităţii, fără această analiză defalcată pe forme nosologice, fără a şti cît reprezintă grupa tbc. pulmonară sau oricare altă grupă de boli.

d) Inafară de analiza defalcată pe forme nosologice, pentru a putea realiza o legătură cît mai bună între morbiditate şi mediu, este necesar să se efectueze o analiză pe diferitele componente ale întreprinderii (secţii sau ateliere).

Unitatea medicală operativă în întreprindere o constituie circumscripţia de secţie (atelier).

După ce s-a făcut analiza pe întreaga întreprindere după schema de mai sus, analiza trebuie împinsă mai în profunzime, în sensul că trebuie confruntată morbiditatea din circumscripţiile de secţii, pentru a stabili care dintre ele dau indicii cei mai ridicaţi.

Cifrele medii, pe întreaga întreprindere, nu scot în evidenţă destul de bine legătura cauzală dintre mediu şi morbiditate. Analizînd însă indicii pe fiecare circumscripţie de atelier (secţie) şi constatînd care sînt circumscripţiile cu indicii cei mai ridicaţi, se pot stabili cu mai mare uşurinţă care dintre condiţiile de mediu necorespunzătoare devin factori determinanţi ai morbidităţii.

Pentru fiecare circumscripţie de secţie (atelier) analiza se face ca şi pe întreaga întreprindere, adică comparativ cu perioadele de timp anterioare şi pe forme nosologice.

e) Pentru circumscripţiile care dau indicii cei mai ridicaţi sau care

au o importanţă mare pentru producţie, analiza trebuie dusă şi mai departe, făcîndu-se defalcarea chiar pe ateliere componente.

In cadrul atelierelor cu morbiditatea ridicată trebuie respectată schema de analiză arătată mai sus, adică prin comparaţie între ateliere cu specific asemănător, cu perioade de timp anterioare analoge şi pe forme nosologice.

Intr-o întreprindere mai există şi alte aspecte ale morbidităţii, cum sînt : repartizarea cazurilor şi zilelor pe sexe, grupe de vîrstă, vechimea în locul de muncă, profesie etc.

Toate aceste aspecte pot permite concluzii interesante în privinţa structurii morbidităţii şi pot influenţa chiar concluziile generale asupra dinamicii fenomenului.

O astfel de analiză aprofundată nu se poate face însă decît asupra unor grupuri de cel puţin 100 de salariaţi, pentru ca repartizarea pe diferitele categorii arătate mai sus să nu influenţeze valoarea indicilor calculaţi pentru cifre prea mici.

Urmînd metodica indicată aci, se va putea stabili cu precizie care sînt indicii cei mai ridicaţi ce trebuie să reţină atenţia şi asupra cărora trebuie să se îndrepte analiza de întreprindere.

★

A doua parte a analizei, parte îndeosebi calitativă, este importantă avînd în vedere că pe baza ei se stabilesc legăturile cauzale determinate dintre mediul industrial şi morbiditate, şi se elaborează măsurile practice pentru combaterea şi scăderea morbidităţii.

Ea este necesară chiar şi atunci cînd se cunoaşte cauza principală a fenomenului, pentru a cunoaşte cauzele secundare, care de multe ori pot contribui, în mare măsură, la agravarea situaţiei.

In desfăşurarea analizei morbidităţii trebuie să se ţină seamă, în primul rînd, de acei factori care o condiţionează — determinînd nivelul ridicat al indicilor.

Diversitatea lor face necesar ca la analiza morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă să se ţină seamă de toţi aceşti factori, dar să se şi pună în evidenţă acel factor care exercită cea mai mare influenţă asupra structurii şi volumului morbidităţii pe un anumit interval de timp.

Savantul emerit N. A. Vigdorcik recomandă, pentru uşurarea analizei, repartizarea factorilor izolaţi după anumite grupe.

Tot el arată că există următoarele grupe principale de factori, care determină atît structura cît şi nivelul morbidităţii :

1. Compoziţia colectivităţii este importantă deoarece poate influenţa hotărîtor concluziile asupra structurii şi dinamicii. Preponderenţa femeilor sau a anumitor grupe de vîrstă va face să crească greutatea specifică a unor forme nosologice, fapt ce trebuie avut în vedere, atunci cînd se caută cauzele morbidităţii ridicate.

2. Condiţiile de muncă rămîn însă grupul de factori cel mai important, care influenţează morbiditatea.

Actuala orientare a medicinei, privind unitatea omului cu mediul său înconjurător, în continua lor influenţare reciprocă, arată cît de important este acest grup de factori.

O parte din întreprinderile din ţara noastră au şi în prezent condiţii necorespunzătoare de mediu, ca : ventilaţie şi iluminat insuficient, amplasare defectuoasă, praf industrial, gaze toxice etc., unele rezultate

din desfășurarea procesului tehnologic de muncă sau din defecte de instalație, altele, rezultate din defectele de proiectare a construcțiilor.

Toate aceste condiții necorespunzătoare au drept consecință imediată creșterea anumitor grupe de boli.

Analiza morbidității trebuie să identifice care din aceste condiții de mediu determină formele nosologice cu greutatea specifică cea mai mare, constituind cauze principale de morbiditate. Trebuind însă să arate și măsurile cele mai potrivite de combatere, analiza va trebui să meargă pînă la individualizarea acestor factori, pentru fiecare formă nosologică în parte.

3. Condițiile obișnuite de viață ale muncitorilor, din care fac parte în primul rînd locuința și alimentația, constituie alt grup de factori.

De obicei condițiile de trai sînt neglijate în analiza morbidității industriale, ceea ce nu este just, fiindcă tocmai aceste condiții pot deveni la un moment dat determinante în creșterea indicilor unei grupe de boli.

Acolo unde condițiile de muncă nu explică nivelul ridicat al indicilor, va trebui în primul rînd să se aibă în vedere condițiile de viață.

Tot în această grupă de factori intră și nivelul de cultură al colectivității, care, în cazul că este scăzut, va face să crească morbiditatea.

4. O categorie importantă de factori este cuprinsă în grupa denumită „deservirea medico-sanitară a întreprinderii". In această grupă de factori se deosebesc trei categorii:

— Organizarea ajutorului medical. Cu cît forma organizatorică este mai bună, cu atît deservirea muncitorilor cu asistență medicală va fi mai bună, avînd drept consecință micșorarea atît a indicelui de durată medie cît și a celui de gravitate.

— Munca profilactică este cel mai important factor, el cuprinzînd: examinarea la angajare, controlul periodic, dispensarizarea, combaterea bolilor epidemice, supravegherea blocului alimentar etc., deci o serie de acțiuni menite să îngrădească și să scadă continuu nivelul morbidității.

Cu cît această muncă profilactică ocupă un loc preponderent în activitatea personalului medico-sanitar, cu atît indicii de morbiditate vor fi mai scăzuți. Indicii de morbiditate ridicați arată printre altele și o slabă muncă profilactică, o slabă activitate în ceea ce privește apărarea sănătății colectivității respective.

Există posibilitatea ca indicii să fie ridicați, deși activitatea de tratare a bolnavilor este satisfăcătoare, medicul fiind un bun specialist.

In acest caz este vorba de o activitate profilactică slabă, datorită căreia cauzele morbidității rămîn aceleași, neinfluențate, producînd noi și noi îmbolnăviri.

— Modul în care se efectuează expertiza capacității de muncă poate influența nivelul indicilor de morbiditate. Este cunoscut faptul că medicii de la policlinicile teritoriale eliberează cu mai mare ușurință certificate medicale de concediu, ceea ce va avea drept consecință mărirea numărului de cazuri și mai ales a numărului de zile de incapacitate.

La analizarea indicilor de gravitate ridicați, trebuie avut în vedere și acest fapt pentru a nu atribui creșterea indicilor altor cauze, cînd în realitate este vorba de o creștere aparentă, artificială.

5. In sfîrșit un ultim grup îl consituie o serie de factori cum sînt: natura agentului patogen, factorii meteorologici etc., care pot influența, la

un moment dat, nivelul indicilor şi de care trebuie să se ţină seama la analiză.

Pentru ca principiile ce trebuie avute în vedere în desfăşurarea analizei morbidităţii cu pierderea temporară a capacităţii de muncă să fie înţelese cu mai mare uşurinţă, vom exemplifica mai jos, înfăţişînd o asemenea analiză.

In întreprinderea X, cu specific metalurgic, a existat în trim. I 1935 următoarea situaţie a morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă.

Indicele de frecvenţă pentru întreaga întreprindere a fost 17,7, indicele de gravitate de 195,9 iar durata medie de 11,1. Faţă de întreprinderea Y care a înregistrat o frecvenţă de 21,5, o gravitate de 257,0 şi o durată de 12,0, indicii de la întreprinderea de faţă sînt mai scăzuţi, arătînd o situaţie mai bună. De altfel indicii întreprinderii X se situează la limita inferioară a cifrelor de control, pentru indicii de frecvenţă şi gravitate, şi depăşesc foarte puţin cifra de control în privinţa indicelui de durată.

Faţă de trim. I 1952, cînd s-a înregistrat un indice de frecvenţă de 25,7 şi unul de gravitate de 283,3, indicii sînt mult scăzuţi, ceea ce arată o muncă susţinută în combaterea morbidităţii. In procente indicele de gravitate a scăzut cu 41 % reprezentînd o scădere importantă.

Activitatea medico-sanitară nu a reuşit însă să influenţeze indicele de durată care a rămas acelaşi 11,0. Inseamnă că deşi numărul global al îmbolnăvirilor şi zilelor a scăzut considerabil, durata de vindecare nu a scăzut, fiecare îmbolnăvit rămînînd în concediu tot 11 zile.

O mai bună calitate a asistenţei trebuie să micşoreze tocmai acest indice, grăbind revenirea bolnavului la locul său de muncă. Repartizarea procentuală a cazurilor pe grupe de boli arată că 38,4 % dintre ele sînt reprezentate de gripă, 9,9% de accidente de producţie şi 8,8% de afecţiunile acute gastrice.

Este de remarcat, în primul rînd că aceste 3 grupe de boli reprezintă în majoritatea întreprinderilor, principalele cauze de incapacitate de muncă.

Numărul mare de cazuri de gripă este justificat prin sistemul de amplasare al atelierelor, care face ca trecerea de la un atelier la altul să se practice prin curte. Avînd în vedere că în ateliere există temperatură ridicată şi că trim. I este constituit din luni de iarnă, lucrul este explicabil.

Procentul ridicat de accidente de muncă se datoreşte în mare măsură faptului că instrucţiunile şi măsurile de protecţia muncii nu sînt respectate de către muncitori.

Pentru exemplificare este suficient să arătăm că deşi toate strungurile au ecrane fixe, totuşi cele mai multe au geamul spart de înşişi muncitorii care lucrează la strung.

O altă cauză a frecvenţei ridicate a acestor afecţiuni o constituie lipsa

de spațiu în unele ateliere (turnătorie), ceea ce duce la o aglomerare de materiale, scule etc., favorizînd apariția accidentelor.

Asupra repartizării procentuale, atragem atenția că grupa „alte boli" care reprezintă 20,2% trebuie analizată separat, avînd în vedere că aci se grupează o serie întreagă de afecțiuni diferite, care n-au putut fi înglobate la altă grupă prevăzută în ciclul pe 20 de cauze.

Repartizarea totalului zilelor arată că procentul cel mai ridicat îl are tbc. pulmonară, cu 19,2%, urmînd în ordine gripa cu 11,9% și afecțiuni acute gastro-intestinale cît și accidentele de muncă cu același procent, 9,2%. Se observă că, înafară de tuberculoză, care prin caracterul său justifică numărul mare de zile, afecțiunile, care dau un procent mai mare de cazuri, dau și procente ridicate în ceea ce privește numărul de zile.

Tot aceste grupe dau și indicii de frecvență și gravitate cei mai ridicați, așa cum se poate vedea din tabloul de mai jos:

Grupa de boli	Frecvență	Gravitate
Gripa	6,8	23,3
Accidente de producție	1,7	18,1
Afecțiuni acute gastro-intestinale	1,5	18,0

Indicele de durată medie a unei incapacități arată că cifra cea mai mare o dă tuberculoza pulmonară, cu 102,7. Această durată prelungită dovedește că se acordă o grijă permanentă pentru acești bolnavi, ei rămînînd în concediu pînă la refacerea sănătății sau cel puțin pînă la o ameliorare marcată.

In general, cu mici excepții, indicii de durată sînt în concordanță cu caracterul afecțiunilor din grupa respectivă, înregistrîndu-se o durată de 26,7 pentru afecțiuni de ficat și căi biliare, 25,0 pentru afecțiuni cardio-vasculare, 3,4 pentru gripă etc.

Dintre atelierele întreprinderii (care formează o singură circ. de secție) indicii cei mai ridicați îi dau turnătoria cu 52,3 frecvență, 426,1 gravitate și 8,1 durată, și întreținerea cu 32,3 frecvență, 452,0 gravitate și 13,8 durată.

Să încercăm să analizăm, pentru fiecare dintre aceste ateliere, situația morbidității.

Turnătoria: indicii sînt foarte crescuți, reprezentînd de trei ori indicele de frecvență și de 2,5 indicele de gravitate pe întreaga întreprindere.

Faptul este explicabil deoarece turnătoria este atelierul cu condițiile de muncă cele mai grele, avînd un local necorespunzător, ca spațiu, ventilație, iluminat, și existînd în același timp și noxe profesionale, căldură mare, praf etc.

Față de trim. I 1952 s-a făcut un mare pas înainte, avînd în vedere că în această perioadă indicele de frecvență a fost de 72,3 și cel de gravitate de 850,0. Reducerea masivă a ambilor indici reprezintă aproximativ 40—45% ceea ce constituie o realizare importantă, datorită ameliorării condițiilor de mediu și în primul rînd realizării în trim. IV 1952, a instalației de ventilație la turnătoria de bronz.

Trebuie făcută o rezervă față de toate cele expuse mai sus, avînd în vedere numărul mic de cazuri. Pentru a putea trage concluzii sigur valabile asupra tendinței morbidității din turnătorie, este necesară urmărirea evoluției morbidității pe un timp mai îndelungat sau un studiu comparativ a două perioade de timp mai lungi, de exemplu anii 1953 și 1952.

Tot din cauza numărului mic de cazuri (34), considerăm că analiza greutății specifice nu poate fi absolut concludentă. Amintim doar că primele trei locuri sînt ocupate tot de gripă, boli acute gastro-intestinale și accidente de muncă.

Intreținerea. Față de aceeași perioadă a anului precedent, cînd indicii au fost de 63,4 și 721,1, ei au înregistrat o scădere de 50% și respectiv 37%.

Indicii ridicați sînt consecința specificului de muncă al acestei secții care nu are un loc de muncă stabilit, ci își desfășoară activitatea în întreaga întreprindere, suferind influența unui complex de noxe.

Faptul că muncitorii acestei secții trebuie să circule continuu între ateliere, deci să fie supuși curenților reci, se reflectă în procentul de 52,9%, dat de afecțiuni gripale.

Restul grupelor de boli dau 1—2 cazuri, așa că analizarea lor nu poate fi concludentă.

O altă cauză a morbidității ridicate la secția întreținere o constituie faptul că în această secție cu specific relativ ușor se găsesc muncitorii care din pricina unor afecțiuni cronice au primit recomandarea de muncă ușoară.

Sigur că puseele acute și recăderile acestor muncitori fac să crească indicii de frecvență și gravitate la această secție.

Celelalte ateliere prezintă indici, care se situează în jurul indicelui pe întreprindere, aceste două ateliere fiind cele care trebuie să rețină atenția pentru luarea de măsuri urgente de îngrădire a morbidității.

In concluzie constatările sînt următoarele:

— Morbiditatea în trim. I 1953 prezintă o situație mai bună decît în trim. I 1952, marcînd o scădere de 41% a indicelui de gravitate și scăderi importante la ceilalți doi indici, ca o consecință a măsurilor luate în întreprindere și a desfășurării activității profilactice.

— Dintre cauzele de îmbolnăvire, cele care dau procentele cele mai mari sînt gripa (38,4%), accidentele de producție (9,9%), afecțiuni acute gastrice (8,8%).

— Atelierele asupra cărora trebuie îndreptată atenţia sînt turnătoria şi întreţinerea. Deşi indicii sînt mai scăzuţi decît în perioada corespunzătoare a anului 1952, ei se situează mult peste indicii pe întreaga întreprindere.

— Pentru continua scădere a morbidităţii se vor lua următoarele măsuri :

a) O supraveghere mai atentă pentru respectarea instrucţiunilor de protecţia muncii de către muncitori.

b) Organizarea muncii la atelierul de turnătorie pentru a preveni o serie de accidente de muncă datorite tocmai acestei lipse de organizare.

c) Supravegherea zilnică a cantinei pentru a constata valoarea calorică şi nutritivă a raţiilor, modul de preparare şi prezentare.

d) Asigurarea alimentaţiei cu apă carbogazoasă şi înfiinţarea unui ghişeu pentru distribuirea apelor minerale chiar în incinta întreprinderii.

e) Inceperea acţiunii de dispensarizare a muncitorilor bolnavi, şi a unor categorii de sănătoşi, avînd prioritate turnătoria.

Utilizînd principiile arătate mai sus, medicii de întreprindere realizînd analize satisfăcătoare calitativ vor putea să amelioreze considerabil nivelul şedinţelor de analiza morbidităţii, al căror caracter în momentul de faţă este pur formal.

Cu cît materialul, care trebuie prezentat în aceste şedinţe, va fi mai legat de realitate şi deci mai uşor accesibil celor neobişnuiţi cu astfel de situaţii cifrice, cu atît măsurile practice de combaterea morbidităţii vor fi mai corecte şi deci mai uşor de realizat.

In acest mod analiza morbidităţii cu pierderea temporară a capacităţii de muncă va contribui în mod efectiv la ameliorarea stării de sănătate a muncitorilor.

CONSIDERAŢII ASUPRA INTERPRETĂRII MORBIDITĂŢII DIN ÎNTREPRINDERI

M. ANCUŞA, I. POD

(Lucrare efectuată în Institutul de medicină Timişoara. Conferinţă de organizare sanitară)

Concepţia curativo-profilactică ca principiu de bază al unificării, formă superioară de ocrotire a sănătăţii, dă medicului de întreprindere o orientare nouă în ceea ce priveşte interpretarea morbidităţii.

Starea de morbiditate individuală şi colectivă reprezintă exteriorizarea interdependenţei dintre organism şi mediul înconjurător, sub dublul său aspect: al condiţiilor de muncă şi de trai. Or tocmai analiza aprofundată şi sistematică a acestei morbidităţi constituie una din sarcinile de bază ale medicului de întreprindere.

O analiză temeinică, continuă şi judicioasă a structurii şi dinamicii morbidităţii a deschis medicului de întreprindere perspective nebănuite, în munca lui de scădere a morbidităţii. Adeseori interpretarea corectă a vîrfurilor de morbiditate şi a diferiţilor indici duce la sezisarea cauzelor şi remedierea deficienţelor.

Succesele obţinute de medicina sovietică în combaterea şi continua scădere a morbidităţii din întreprinderi sînt o chezăşie a acestei concepţii. N. S. Isaev, cu ocazia expunerii ţinute în faţa cadrelor şi activiştilor din domeniul igienei şi protecţiei muncii din R.P.R. a arătat că în U.R.S.S. „Medicul întreprinderii este cel care în practică ţine evidenţa şi întocmeşte raportul de morbiditate, ajutînd prin aceasta comitetul de întreprindere".

La noi, studiul structurii şi dinamicii morbidităţii tinde să devină o metodă tot mai des utilizată de către medicul întreprinderii, iar rezultatele nu întîrzie. Pe alocuri persistă încă concepţia că raportul lunar asupra incapacităţii temporare de muncă ar fi un raport cifric şi nimic mai mult. Această concepţie rezidă într-o înţelegere unilaterală şi învechită a rolului pe care medicul îl are în opera sa de ocrotire a sănătăţii muncitorului. Marea majoritate a medicilor îşi dau însă seama, că o asistenţă medicală de înaltă tehnicitate şi o scădere substanţială a morbidităţii din întreprinderi, nu pot fi obţinute fără a se da viaţă raportului lunar asupra incapacităţii temporare de muncă, raport ce exprimă imagi-

nea fidelă a activității și străduințelor de zi cu zi ale medicului în întreprindere.

Cifrele și indicii acestui raport sînt rezultatele obținute prin aplicarea metodelor noi de muncă, prin utilizarea unor forme organizatorice tot mai superioare, iar ameliorarea necontenită a acestora constituie ținta fiecărui serviciu medico-sanitar de întreprindere.

Totuși, din analiza morbidității pe baza incapacității temporare de muncă, fie dintr-o greșită interpretare statistică a diferitelor cifre, fie dintr-o repartizare neadecvată a grupelor nosologice, reiese că metoda curentă de studiu a morbidității prezintă lipsuri, care împiedică pe medic să aprecieze cifrele și indicii la justa lor valoare, sau îl induce în eroare, favorizînd tragerea unor concluzii greșite.

Studiind structura și dinamica morbidității unei întreprinderi metalurgice am fost izbiți de anumite nepotriviri, de anumite „curiozități", ca să ne exprimăm mai prozaic, ce rezultau din interpretarea acestor date. Analizate mai adînc, ele își găseau explicarea și indicau deficiențe fie ale raportului de incapacitate temporară de muncă sau lipsuri de interpretare statistică corectă a acestui raport, fie lipsuri de natură organizatorică în munca medicului de întreprindere.

De aceea scopul lucrării de față este de a sezisa aceste lipsuri, de a atrage atenția asupra unor greșeli metodologice ce se strecoară în aceste rapoarte și a propune unele modificări și ameliorări pe care noi le socotim necesare spre a veni în ajutorul muncii medicului de întreprindere.

Intreprinderea, studiată așa cum am amintit, este o industrie metalurgică, avînd din punct de vedere organizatoric un punct de sănătate medical. Spre a putea interpreta în condiții cît mai optime morbiditatea, metoda de muncă utilizată a fost dusă în 3 etape:

Prima etapă a cuprins adunarea la un loc a tuturor certificatelor medicale de boală ale aceleeași persoane, pentru aceeași boală, separarea certificatelor dacă persoana a suferit de boli diferite și fixarea precisă a diagnosticului, în cazuri de diagnosticuri diferite pentru aceeași îmbolnăvire. După cum ne indică Mazur, există cazuri cînd la aceeași persoană și aceeași îmbolnăvire se pun diagnostice diferite, unul inițial și altul într-o fază mai avansată a bolii. De exemplu, la început bronșită, urmat apoi de tbc. sau gastrită, iar la un interval oarecare, boală ulceroasă. In asemenea cazuri noi am luat în considerare diagnosticul ultim, ca fiind cel mai verosimil, el fiind bazat pe examinări radiologice, de laborator sau în urma consultării de către medici specialiști.

A doua etapă a impus întocmirea unui index alfabetic cuprinzînd următoarele coloane: numărul curent, numele, vîrsta, sexul, locul de muncă, profesiunea, diagnosticul și durata incapacității de muncă. In coloanele „diagnostic" și „durata incapacității de muncă" am înscris toate bolile cu zilele respective de incapacitate de care a suferit persoana respectivă într-un an.

A treia etapă a constat în despuierea datelor, întocmind un tabel ce cuprindea diagnosticul pe baza codului cu 20 de boli, vîrsta pe grupe de cîte 5 ani, sexul (în cazul nostru fără importanță dat fiind numărul

redus de femei), profesiunea, numărul îmbolnăvirilor şi cel al zilelor de incapacitate pe trimestru.

Efectuînd colectarea şi prelucrarea datelor în sensul celor descrise, noi considerăm că morbiditatea poate fi analizată şi interpretată sub toate aspectele ei. Incercăm să redăm cîteva :

1) Utilizînd metoda de mai sus am putut stabili :

a) numărul persoanelor îmbolnăvite într-un an şi de ce fel de boli ;

b) numărul cazurilor de boală, care este mai mare decît al persoanelor, întrucît aceeaşi persoană a putut suferi de diferite boli într-un an ;

c) numărul îmbolnăvirilor, care este mai ridicat decît la grupele precedente, deoarece una şi aceeaşi persoană poate prezenta în decurs de un an îmbolnăviri diferite şi repetate.

Astfel, în cazul nostru, la un efectiv mediu de 1080 de muncitori am avut 1325 de îmbolnăviri, 1206 cazuri şi 777 persoane bolnave. Aşadar, dacă noi am fi mers pe îmbolnăviri, am fi afirmat că din totalul salariaţilor, în medie fiecare s-a îmbolnăvit de 1,2 ori pe an, pe cînd în realitate au existat salariaţi, în procent de 28,1%, care nu au fost bolnavi niciodată, iar ceilalţi 71,9%, adică persoanele îmbolnăvite (777), au prezentat o frecvenţă de îmbolnăvire de 1,7 ori pe an.

Cercetînd mai atent cîte din cele 777 persoane îmbolnăvite (tabelul nr. 1) s-au îmbolnăvit de 1, 2, 3 şi de mai multe ori, am constatat

Tabelul nr. 1

Frecvenţa îmbolnăvirilor pe persoane

Nr. crt.	De cîte ori s-a îmbolnăvit	Persoane bolnave	Numărul îmbolnăvirilor	% îmbolnăvirilor
	Total	777	1325	100,0
1	1	469	469	35,3
2	2	173	346	26,1
3	3	71	213	16,1
4	4	35	140	10,6
5	5	19	95	7,2
6	6	10	62	4,7

că numărul celor mai frecvenţi şi mai mult bolnavi, înţelegînd prin

aceasta pe cei bolnavi de 3 ori şi mai mult, reprezintă 12,5% din totalul muncitorilor.

Pentru ca medicul de întreprindere să poată diferenţia persoana, cazul şi îmbolnăvirea, nu are timp şi este dificil a utiliza felul de muncă efectuat de noi. Medicul are însă neapărată nevoie de a cunoaşte aceste fapte în vederea dispensarizării.

De aceea noi socotim ca imperios necesar introducerea fişei medicale pentru fiecare salariat, la nivelul tuturor întreprinderilor cu medici. Fără această fişă medicul *pierde omul bolnav* în detrimentul bolii, nu poate urmări persoana, aceasta îi scapă controlului său continuu, sau cum s-ar spune, medicul ajunge să nu vadă pădurea din cauza copacilor.

2) Un alt fapt interesant ce merită a fi menţionat, deoarece arată o deficienţă în organizarea muncii dispensarului de întreprindere, este de a interpreta frecvenţa îmbolnăvirilor pe grupe de vîrstă. Am arătat că media pe totalul muncitorilor este de 1,2 îmbolnăviri. Repartizaţi pe grupe de vîrstă de cîte 5 ani, reiese un fapt în aparenţă (tabelul nr. 2) paradoxal şi anume: grupele în floarea vîrstei între 20 şi 24, 25 şi 29 de ani sînt cele care dau incidenţa cea mai mare de îmbolnăviri,

Tabelul nr. 2

Frecvenţa îmbolnăvirilor pe grupe de vîrstă

Total		Grupe de vîrstă																	
		15—19		20—24		25—29		30—34		35—39		40—44		45—49		50—54		55—59		60—	
cifre	%	cifre	%	cifre	%	cifre	%	cifre	%	cifre	%	cifre	%	cifre	%	cifre	%	cifre	%	cifre	%
1325	1,2	277	1,2	233	1,9	214	1,5	171	1,1	72	1,3	105	1,2	87	0,8	57	1,4	36	0,8	73	1,0

de 1,9, respectiv 1,5, pe cînd adolescenţii şi mai ales bătrînii, care în mod normal ar trebui să prezinte cifre mai ridicate, dimpotrivă, prezintă cifre scăzute, de 1,2 pentru grupa de la 15—19, de 0,8 pentru grupele 45—49, 55—59 şi de 1,0 pentru grupa de la 60 de ani şi peste. Cum se explică acest fapt? Noi socotim că dezvoltarea masivă a întreprinderii cercetată de noi a impus angajarea unui număr de muncitori în ultimii ani. Aceşti muncitori cuprind tocmai vîrsta între 20 şi 30 ani. Ei sînt în marea lor majoritate muncitori necalificaţi. Serviciul medical al întreprinderii nu a efectuat un examen medical riguros la angajarea acestor muncitori şi nici nu s-a preocupat suficient de o supraveghere îndeaproape a acestui contingent de salariaţi. In opoziţie cu aceasta, adolescenţii care trăiesc un regim de internat în condiţii bune, şi grupele în vîrstă care sînt muncitori calificaţi, adaptaţi procesului de muncă, au o morbiditate mai redusă.

Iată deci că o atentă interpretare a morbidităţii pe grupe de vîrstă ridică problema aşa de importantă a unui examen medical cît mai atent la angajare şi a dispensarizării grupei de vîrstă dintre 20 şi 30 de ani.

3) Dat fiind faptul că la analiza structurii morbidităţii grupa „alte boli" reprezintă un procent important, în cazul nostru 20,1%, iar în alte întreprinderi chiar mai mult, atingînd uneori 30% din totalul cazurilor

de îmbolnăvire, socotim ca foarte necesar ca medicul de întreprindere să aprofundeze cît mai mult compoziția acestei grupe de afecțiuni.

Cercetînd afecțiunile care alcătuiesc această categorie, am constatat că din cele 267 de îmbolnăviri (tabelul nr. 3) care totalizează 3388 zile de incapacitate temporară de muncă, avem 24,3% datorite reacțiilor postvacinale, 12,0% boli de ochi, 11,6% afecțiuni O.R.L., 9,4% boli ale

Tabelul nr. 3

Structura grupei „alte boli"

Nr. crt.	Boala	Imbolnăviri		Zile de incapacitate	
		cifre	%	cifre	%
	Total . . .	267	100,0	3388	100,0
1	Reacții postvaccinale .	65	24,3	104	3,1
2	Boli de ochi	32	12,0	327	9,6
3	Boli O.R.L.	31	11,6	416	12,3
4	Boli ale ap. respirator .	25	9,4	394	11,6
5	Boli ale ap. uro-genital .	24	9,0	365	10,8
6	Boli de piele	19	7,1	146	4,3
7	Afecțiuni chirurgicale . .	15	5,6	359	10,6
8	Boli ale sist. nervos . . .	10	3,8	314	9,3
9	Altele	46	17,3	963	28,4

aparatului respirator (ca emfizem, pleurezii, scleroze etc.), 9,0% boli ale aparatului urogenital, 7,1% boli de piele, 5,6% afecțiuni chirurgicale (ca hernii, varicocele, hemoroizi etc.) și 3,8% boli ale sistemului nervos.

Mai mult decît atît, am observat că unele din aceste subgrupe au un indice de frecvență, gravitate și durată medie mai mare decît unele dintre grupele principale ale codului. In această situație găsim bolile de ochi, afecțiunile O.R.L., afecțiunile aparatului respirator și ale aparatului urogenital.

Astfel, după cum reiese din tabelul nr. 4, sifilisul, bolile de dinți și ale cavității bucale, afecțiunile acute ale aparatului respirator, bolile infecțioase, nevralgii, nevrite etc. prezintă indici de frecvență, gravitate și de durată medie mai reduși decît al unora din bolile ce compun grupa „alte boli".

Tabelul nr. 4

Comparația indicilor grupelor de boli din cod cu cel al celor din „alte boli"

Nr. curent	Indice de	Grupe de boli din cod					Grupe din „alte boli"					
		Sifilis	Boli infecțioase și parazitare	Boli de dinți și ale cavității bucale	Pneumonii și bronhopneumonii	Nevralgii, nevrite și radiculite etc.	Boli de ochi	Boli O. R. L.	Boli ale ap. respirator	Boli ale ap. uro-genital	Boli de piele	Boli chirurgicale
1	Frecvență	0,00	1,9	1,4	1,9	4,8	3,1	3,0	2,4	2,3	1,8	1,4
2	Gravitate	5,0	35,8	4,0	44,1	28,1	31,4	40,0	37,9	35,1	14,0	34,5
3	Durata medie	29,0	18,4	3,9	22,7	5,8	10,2	13,4	15,8	15,2	7,7	23,9

Ce reiese de aici? Două fapte: întîi o interpretare minuțioasă și atentă a compoziției grupei „alte boli" și în al doilea rînd, o modificare a codului existent bazat pe cele 20 de grupe.

O atare analiză a compoziției acestei grupe va duce pe medic la cunoașterea unor noi aspecte ale interdependenței dintre organism și mediu, la depistarea unor noxe profesionale nesezisate pînă atunci și la indicarea unor măsuri corespunzătoare de remediere a deficiențelor existente.

Modificarea codului existent ridică problema mai complexă, fie a introducerii în cod a unor noi forme nosologice, ca afecțiunile cronice pulmonare, afecțiunile de ochi, afecțiunile de O.R.L. etc. și eliminarea altora: bolile dentare, sifilis etc.; fie regruparea grupelor de boli existente, eventual pe ramuri principale de industrii, ținînd seama de specificul acestora.

4) Noi credem, de asemenea, că interpretarea structurii morbidității pe secții sau ateliere nu poate reda întru totul legătura acesteia cu condițiile de muncă. Propunem ca analiza diverșilor indici să fie efectuați avînd la bază profesiunea, adică locul de muncă, deoarece în interiorul aceluiași atelier, a aceleeași hale de muncă există diferite procedee și condiții de muncă. Astfel, în cadrul studiului nostru (tabelul nr. 5), analizînd cele 1 206 cazuri de boală pe profesiuni, observăm că media îmbolnăvirilor a fost de 1,1 pe persoană. Luată însă pe profesiuni ea variază de la 0,7 pentru sudori, la 2,2 pentru alte profesiuni, cu toate că lucrează în aceeași secție și hală de muncă. Deci această diferență nu ar putea fi explicată dacă am lua ca bază de interpretare atelierul; în clipa în care însă plecăm de la profesiune, de la locul de muncă, explicația este posibilă.

Am socotit că este util a arăta aceste cîteva aspecte ale interpretării structurii și dinamicii morbidității. Mînuirea tot mai frecventă și cu ușurință crescîndă a metodologiei statistice în activitatea medicală

Tabelul nr. 5

Frecvența morbidității pe profesiuni

Salariați	Total cazuri	Număr de cazuri de boală pe salariat													
		Administrativ	Strungar	Turnător	Forjar	Lăcătuș	Sudor	Alte profesiuni	Administrativ	Strungar	Turnător	Forjar	Lăcătuș	Sudor	Alte profesiuni
1080	1206	191	264	177	31	359	34	150	0,9	1,2	1,1	1,5	1,0	0,7	2,2

de fiecare zi, dă medicului posibilități noi de combatere a morbidității și de reducere a zilelor de incapacitate de muncă.

Totodată sezisarea acestor aspecte, precum și a altora, care cu siguranță există, și care trebuie cunoscute și interpretate de către medicii de întreprinderi, este de un real folos acestora în vederea aplicării dispensarizării și a celor mai superioare forme de ocrotire a sănătății muncitorilor.

Concluzii

1) Analizînd structura și dinamica morbidității dintr-o întreprindere metalurgică, reies unele fapte ce necesită un studiu mai amănunțit și o interpretare mai judicioasă.

2) Spre a se putea pune în evidență numărul persoanelor bolnave, al cazurilor de boală și al îmbolnăvirilor, se impune introducerea fișei medicale pentru fiecare salariat ce trece prin dispensarul unei întreprinderi.

3) Interpretarea frecvenței îmbolnăvirilor pe grupe de vîrstă atrage atenția asupra necesității unui examen medical la angajare, precum și a grupelor de vîrstă ce trebuie dispensarizate.

4) Studierea grupei „alte boli" indică necesitatea cunoașterii structurii acestei grupe în vederea depistării unor noi noxe profesionale și ridică problema modificării codului existent de raportare a incapacității temporare de muncă.

5) Structura și dinamica morbidității pe ateliere și secții nu arată adevăratul aspect al interdependenței dintre organism și mediu și de aceea interpretarea morbidității se va efectua pe profesiuni și pe locul de muncă.

BIBLIOGRAFIE

Isaev N. S.: Evidenţa, prelucrarea şi analiza morbidităţii cu pierderea temporară a capacităţii de muncă. Muncitorul sanitar, nr. 166/1.VIII.1953.

Mazur M. M.: Probleme în legătură cu studierea morbidităţii în întreprinderi industriale. Sovetskoe zdravoohranenie, nr. 2, 1952.

Vigdorcik N. A.: Cîteva consideraţii în legătură cu metodele de studiere a morbidităţii asociată cu pierderea capacităţii de muncă. Sovetskoe zdravoohranenie, nr. 2, 1952.

★

К вопросу о толковании данных в связи с заболеваемостью на предприятиях

Р е з ю м е

При изучении структуры и динамики заболеваемости на одном из металлургических предприятий, были обнаружены данные, которые должны быть тщательно изучены и правильно истолкованы. Для установления числа хронически болеющих лиц, случаев болезни и новых заболеваний, необходимо составление медицинской карты для каждого служащего, обратившегося в амбулаторию предприятия. Результатом толкования данных заболеваемости по возрастным группам является заключение о безусловной необходимости медицинского освидетельствования лиц, поступающих на работу, а также и возрастных групп, подлежащих диспансаризации. Для изучения категории лиц входящих в рубрику „друие болезни", необходимо знать структуру этой категории, в целях обнаружения новых вредных факторов; при этом возникает вопрос об изменении существующего положения в связи с временной утратой неработоспособности.

Динамическая структура заболеваемости по цехам и мастерским даёт точную картину взаимной зависимости организма и среды, и поэтому толкование данных заболеваемости должно производчться в связи с профессией и рабочим местом.

★

CONSIDÉRATIONS CONCERNANT L'INTERPRÉTATION DE LA MORBIDITÉ DANS LES ENTREPRISES

De l'analyse de la structure et de la dynamique de la morbidité dans une entreprise métallurgique ressortent des faits qui nécessitent une tude détaillée et une interprétation judicieuse. Pour que le nombre des personnes malades et des cas de maladies et des maladies incipientes puisse être mis en évidence, il est nécessaire d'introduire la fiche médicale pour chaque salarié qui passe par le dispensaire d'une entreprise.

L'interprétation de la fréquence des affections par groupes d'âge attire l'attention sur la nécessité d'un examen médical à l'engagement, ainsi que sur les groupes d'âge qui doivent être dispensarisés. L'étude du groupe „autres maladies" montre la nécessité de connaître la structure de ce groupe en vue du dépistage de nouvelles noxes professionelles et soulève le problème de la modification du code en viguer en ce qui concerne la manière de rapporter sur l'incapacité temporaire de travail.

La structure et la dynamique de la morbidité par ateliers et sections ne montrent pas l'aspect réel de l'interdépendance de l'organisme et du milieu; c'est pourquoi l'interprétation de la morbidité doit être effectuée par professions et lieu de travail.

REDUCEREA MORBIDITĂŢII IN UNELE INTREPRINDERI DIN ORAŞUL TÎRGU MUREŞ

A. FODOR, V. MANU
(Lucrare executată în Spitalul clinic Tg. Mureş)

Conduşi de învăţătura marelui fiziolog I. P. Pavlov şi de metodologia preconizată de autorii sovietici, care ne arată că rezolvarea cu succes a reducerii morbidităţii depinde în mare parte de colaborarea creatoare a clinicienilor şi igieniştilor, precum şi pe baza rezultatelor experimentate de organizatorii sănătăţii publice din ţara noastră, prin aplicarea măsurilor curativo-profilactice şi igienico-sanitare, am luat ca obiectiv în munca noastră studiul ştiinţific al morbidităţii în raport cu factorii de mediu din întreprinderile din oraşul Tg. Mureş.

Lupta pentru scăderea morbidităţii este în funcţie de executarea examenelor medicale complexe pentru a depista la timp şi a preveni îmbolnăvirile, de aplicarea justă a metodei dispensarizării, de întocmirea planurilor unice complexe, precum şi de urmărirea aplicării rezultatelor obţinute.

Acţiunea noastră s-a desfăşurat după următorul plan :

A. Organizarea şi activitatea colectivului medical complex.

Şefii de secţii ai reţelelor de bază au fost convocaţi într-o şedinţă la care s-a analizat morbiditatea în principalele întreprinderi. Cu această ocazie s-a înţeles că nu se poate ajunge la scăderea morbidităţii numai prin metode curative, oricît de calitativ ar fi ele, ci în primul rînd este necesar ca toţi muncitorii sanitari să cunoască procesul de producţie din întreprinderi, noxele, condiţiile de mediu şi de trai ale muncitorilor şi să privească îmbolnăvirile în funcţie de aceşti factori.

Colectivul medical complex, după specificul local al întreprinderilor, a fost format din următoarele specialităţi : boli interne, chirurgie şi ortopedie, obstetrică şi ginecologie, neuropsihiatrie, oftalmologie, O.R.L., stomatologie, dermato-venerice şi endocrinologie.

Membrii colectivului medical complex au fost conduşi la locul de muncă în secţii şi ateliere pentru a cunoaşte procesul de producţie, noxele şi condiţiile de mediu şi muncă, sub conducerea noastră şi a tehnicianului şef al întreprinderii.

La întreprinderi s-a convocat o şedinţă la care pe lîngă membrii

colectivului medical complex au participat: directorul întreprinderii, delegatul organizației de partid, tehnicianul șef, președintele comitetului de întreprindere, responsabilul protecției muncii, responsabilul asigurărilor sociale, muncitori stahanoviști, șefi de ateliere și personalul sanitar al întreprinderii.

Acțiunea inițiată a fost primită de către întreprindere cu mare însuflețire, înțelegînd pe deplin scopul și importanța acestor lucrări și asigurînd cea mai strînsă colaborare.

Conducerile întreprinderilor și-au luat angajamentul de a asigura medicilor de întreprinderi posibilitatea de popularizare prin conferințe a acestei acțiuni, în masele mari ale muncitorilor, astfel ca aceștia să-i cunoască scopul și importanța.

Pentru a nu împiedica producția, s-a stabilit ca orele de examinări medicale să fie fixate după încetarea orelor de muncă, stabilindu-se 3—4 ore pe zi, după specialități, muncitorii urmînd a se prezenta pe grupe de cîte 30 persoane, pe secții și ateliere, separat bărbații și separat femeile.

Pentru a asigura examinările individuale s-au improvizat în localul întreprinderii boxe separate pentru fiecare specialitate, amenajîndu-se cameră obscură pentru oftalmologie, și dotîndu-se fiecare specialitate cu mobilierul și instrumentarul strict necesar.

In colectivul medical complex au fost aleși de preferință specialiști cu experiență atît la spitalul unificat cît și la întreprinderi. Munca în cadrul colectivului medical complex a fost depusă în timpul jumătății de normă ce o avea la întreprindere.

Pentru ușurarea muncii și notarea rezultatelor examenelor medicale, am redactat următoarea fișă specială:

Intreprinderea . . . . . Data . . . .

FIȘA DE EXAMINARE MEDICALĂ COMPLEXĂ

Numele muncitorului . . . . . etatea. . .
Condițiile sociale și de trai (căsătorit, necăsătorit, numărul copiilor, starea de igienă a locuinței, distanța de la întreprindere) . . . . . .
Ocupația din trecut . . . . . , ,
Ocupația prezentă și vechimea . . . . . .
Condițiile de muncă în atelier (poziția corpului, temperaturi ridicate, plumb, acetona, alcoolul metilic, siliciu, substanțe corosive, gaze toxice, aburi, praf etc.)

Antecedențe heredo-colaterale . . . . . .
Antecedente personale . . . . . .

. . . . . .

EXAMENE CLINICE

Boli interne
(tensiunea arterială)

Semnătura medicului

Chirurgie şi ortopedie — Semnătura medicului

Oftalmologie

Semnătura medicului

O. R. L.

Semnătura medicului

Obstetrică şi ginecologie

Semnătura medicului

Endocrinologie

Semnătura medicului

Neurologie şi psihiatrie

Semnătura medicului

Dermato–venerice
(reacţia B.W.) — Semnătura medicului

Stomatologie

D $\frac{8\ 7\ 6\ 5\ 4\ 3\ 2\ 1 \quad 1\ 2\ 3\ 4\ 5\ 6\ 7\ 8}{8\ 7\ 6\ 5\ 4\ 3\ 2\ 1 \quad 1\ 2\ 3\ 4\ 5\ 6\ 7\ 8}$ S — Semnătura medicului

EXAMENE DE LABORATOR

Examene de mediu . . . . . .

Examene toxicologice . . . . . .

Examene clinice de laborator . . . . . .

RADIOSCOPII PULMONARE

Propuneri pentru repartizarea justă la locul de muncă

Pentru completarea fişei medicale complexe toxicologul Sanepidului regional s-a deplasat în prealabil la întreprinderi şi a executat examenele de mediu, cercetînd: temperatura, umiditatea relativă, curenţii de aer, condiţiile de iluminat şi ventilat, prezenţa în aer a diferitelor substanţe nocive (plumb, acetonă, alcool metilic, praf etc.).

Muncitorilor care lucrează cu plumb şi acetonă li s-au făcut examene toxicologice pentru determinarea plumbului şi acetonei în urină, hematoporfirină, iar secţia de laborator a executat hemogramele şi examenele de hemoglobină.

Depistările radiologice s-au executat de către reţeaua tbc prin examene de micro-radio-foto la toţi muncitorii, care s-au prezentat în grupe, cu liste nominale.

Colectivul medical complex şi-a început lucrările în luna martie 1953 la fabrica de mobilă, de unde după terminarea examenelor a trecut la o întreprindere poligrafică şi apoi la o cooperativă de mobilă.

Organele întreprinderilor au asigurat mobilizarea muncitorilor la examenele medicale; aceştia s-au prezentat în proporţie de 100%, cu excepţia celor aflaţi în concediu sau trimişi în deplasări.

Muncitorii s-au prezentat întîi la medicul care a completat datele personale, apoi la oftalmologie, O.R.L. şi stomatologie după care au trecut pe rînd la specialităţile unde era nevoie de a se dezbrăca, aceasta pentru a uşura mersul lucrărilor.

Colectivul medical complex a avut un medic responsabil de mersul acţiunii care a asigurat ca munca să decurgă conform planului schiţat.

Prezentăm rezultatele obţinute la o fabrică de mobile din Tîrgu Mureş.

La terminarea lucrărilor, colectivul medical complex s-a întrunit într-o şedinţă lărgită, cu participarea conducerii şi a responsabililor din întreprindere, după ce fişele au fost sortate pe ateliere şi locuri de muncă.

In această şedinţă medicii specialişti şi-au făcut observaţiile şi propunerile asupra constatărilor în legătură cu specificul îmbolnăvirilor pe diferitele locuri de muncă, după cum urmează (dăm cîteva exemple):

Boli interne:

a) Ulcere gastrice şi duodenale, au fost depistate 4,2%.

Bolnavii ulceroşi în toamna anului 1952 au avut 600 zile de incapacitate temporară de muncă, prezentînd 54% recidive, dintre care 8,1% au fost supuşi intervenţiilor chirurgicale. In luna ianuarie 1953 această situaţie a continuat prin recidivarea unui procent de 40,5 cu 106 zile de incapacitate temporară de muncă.

Prin reorganizarea dispensarizării acestor bolnavi, prin urmărirea lor activă şi aplicarea de regim dietetic, cură de apă minerală, tratament medical complex, măsuri de educaţie sanitară, trimiteri la staţiuni balneare, schimbarea locului de muncă de la maşini cu trepidaţii la alte locuri de muncă mai uşoare, în cursul trimestrului II s-au redus în mod simţitor atît recidivele cît şi zilele de incapacitate temporară de muncă.

b) Afecţiuni reumatismale, au fost depistate 3,4%.

Majoritatea acestor bolnavi lucrează în depozitul de cherestea unde sînt expuşi intemperiilor. Avînd în vedere că aceşti muncitori nu au dreptul la haine de protecţie după barem (haine vătuite în timpul iernii),

s-au făcut propuneri pentru a se cere modificarea baremului în acest sens.

c) Boli cardio-vasculare, au fost depistate 5,6%.

Aceşti bolnavi sînt în majoritate şi hipertonici datorită arterio-sclerozei, din cauza vîrstei; cazuri de origine neurogenă au fost 0,8%, mai ales la persoanele tinere.

A fost depistat şi un caz de endarterită obliterantă, căruia i s-au asigurat condiţii de muncă speciale, prin adaptarea unei maşini de strung pentru a putea lucra şezînd.

d) Au mai fost depistate afecţiuni cronice ale căilor respiratorii, boli ale ficatului şi tbc. pulmonară.

e) Chirurgie şi ortopedie:

Au fost depistate 24,1 picioare plate.

Aceşti bolnavi s-au programat la Clinica ortopedică, pentru a li se face model din ghips, scutindu-i de a plăti confecţionarea de susţinători plantari la atelierele particulare. Pe de altă parte, bolnavii fiind în număr mare, nu se pot deplasa la Centrul de ortopedie „Pirogov" din Cluj.

Pentru rezolvarea problemei acestor bolnavi, am propus Ministerului Sănătăţii să înfiinţeze în cadrul Clinicii ortopedice din Tîrgu Mureş, un atelier înzestrat cu materialul şi aparatura minim necesar pentru confecţionarea protezelor. Această propunere a fost susţinută şi de către Comitetul de sprijin şi colaborare de pe lîngă spitalul clinic. Considerăm justă această propunere şi prin faptul că protezele tipizate distribuite prin Centrofarm sînt inferioare susţinătorilor plantare confecţionate ştiinţific şi individual.

Pînă la realizarea acestei propuneri, muncitorii bolnavi au fost sfătuiţi să poarte pantofi cu talpă tare, evitînd pantofii de tenis sau papucii.

Au mai fost depistate cazuri de scolioze, cifoze, halux valgus, hernii etc.

f) Obstetrică şi ginecologie:

Gravide au fost depistate 6,2%.

Observîndu-se că la secţia de lustruit s-au întîmplat în trecut cazuri mai frecvente de naşteri premature, s-au luat măsuri ca femeile gravide din această secţie, începînd cu luna a IV-a, să fie repartizate la alte locuri de muncă.

S-a propus Ministerului Sănătăţii schimbarea articolului din decizia nr. 3, referitor la gravide, în sensul ca ajutorul de maternitate să se calculeze după cîştigul realizat în ultimele 3 luni, calculat înainte de transferarea la locul de muncă mai uşor.

S-au luat măsuri ca gravidele să fie schimbate şi de la locul de muncă din sălile de maşini unde sînt expuse trepidaţiilor.

Au mai fost depistate cazuri de metroanexite, tumori, suspecte de tumori şi alte tulburări funcţionale şi statice.

g) Oftalmologie:

Conjunctivite cronice au fost depistate 13,3%.

Avînd în vedere că la secţia de lustruit, din lipsă de magazie, mobilele terminate se păstrează mai departe în atelier şi că vopseaua de pe mobile continuă să se evaporeze, viciind aerul şi producînd iritaţii la ochi, s-a trasat întreprinderii sarcina de a îndepărta mobilele din atelier, după ce sînt lustruite, datorită şi faptului că ochelarii de pro-

secție se aburesc și devin nefolositori. S-a mai trasat și sarcina de a se scădea conținutul de alcool metilic la limita admisă de stas, care în prezent este mai ridicată.

La secția de lustruit de la etajele I și II s-au luat măsuri pentru îmbunătățirea condițiilor de iluminat și ventilat.

Tulburări de refracție, au fost depistate 22,2%.

S-au făcut propuneri de procurare de ochelari și s-au și procurat 50 bucăți. Au fost cazuri cu cîte 8 dioptrii și care numai după examinările colectivului medical au primit pentru prima dată ochelari.

Tulburări de fund de ochi provenite din cauza substanțelor toxice nu s-au observat.

h) Endocrinologie:

Hipertireoze, au fost depistate 5,6, în majoritate printre femei. S-a instituit tratamentul preventiv executat de medicul întreprinderii.

i) Dermato-venerice:

Boli de piele (furuncule, carbuncule, panariții etc.), au fost depistate 9,1%.

S-au luat măsuri ca o soră să viziteze atelierele și să badijoneze micile leziuni cu o soluție de tinctură de iod sau cu verde de brillant. Muncitorii să facă baie după terminarea muncii și să se introducă măsura ca ei să nu plece acasă cu hainele de lucru, ci cu hainele de stradă, fiind necesar ca hainele de lucru să rămînă în fabrică, la vestiar.

Au mai fost depistate cazuri de dermatite profesionale, 1,8%.

S-a luat măsura ca medicul dermatolog al întreprinderii să controleze folosirea alifiei protectoare și să ducă muncă de lămurire printre muncitori.

Printre bolnavii de lues a fost depistată și o gravidă, la care s-a aplicat tratamentul cu penicilină.

j) Stomatologie:

Carii dentare, au fost depistate 32%.

La extracțiile executate la secția de lustruit s-au observat dureri vii și hemoragii care au durat 2—3 zile. Această problemă s-a luat în studiu.

Asanarea focarelor se face chiar la locul de muncă. S-a luat măsura să nu se trimită nici un bolnav la cură în stațiuni balneo-climatice, înainte de a i se face asanarea focarelor.

Prin munca depusă s-a mărit prescrierea de proteze dentare, cheltuindu-se fondul de proteze în proporție de 100%.

k) O.R.L.:

Hiperestezii, au fost depistate 10,2%.

Acestea sînt puse în legătură cu trepidațiile și cu zgomotul de la mașini. Pînă cînd nu va fi posibilă așezarea mașinilor pe postamente speciale, s-au făcut propuneri pentru procurarea de covoare elastice.

Contra zgomotului s-a prescris folosirea de tampoane de vată laxă în urechi, fiind în curs de studiu și un aparat de protecție contra zgomotului.

Faringite, rinite, au fost depistate 6,7%.

Cazurile s-au ivit mai ales la muncitorii de la uscătorii, la şlefuitori şi la locurile de muncă cu praf.

S-a propus a se face pulverizări în nas cu o soluţie alcătuită în părţi egale, din lapte şi apă alcalină (apa de Malnas, care este alcalină şi clorurată). S-a mai propus să se separe şlefuitorii din atelierul actual. Este în studiu luarea de măsuri pentru îmbunătăţirea eficienţei exhaustoarelor din această secţie.

Au mai fost depistate otite medii, amigdalite cronice, eczeme nazale. Pentru eczeme, în scop preventiv, s-a introdus măsura de a se face instilaţii în nas cu ulei de parafină mentolat 1%.

1) Boli neuro-psihice:

S-au depistat cazuri de epilepsie, arterio-scleroză cerebrală, atrofii musculare secundare, în număr mai redus. Neuropatii s-au depistat 12,6%.

Cazurile de neuropatii au fost observate mai frecvent la persoanele de constituţie debilă şi printre muncitorii de la secţia „Duco" şi lustruitori.

S-a propus instituirea a 3-4 pauze de 5 minute în timpul lucrului, în care timp muncitorii să execute exerciţii fizice uşoare de respiraţie în aer liber.

Intreprinderea n-a putut introduce pînă acum această măsură, dar s-a propus ca Ministerul Sănătăţii să dea dispoziţii pentru introducerea acestei metode la toate întreprinderile.

Timpul liber să fie folosit la maximum pentru manifestări sportive, cultură fizică şi organizarea de reprezentaţii culturale.

Examenele toxicologice au înregistrat rezultate patologice apreciabile.

B. Aplicarea metodei dispensarizării.

Pe baza rezultatelor obţinute prin examinările colectivului medical complex bolnavii au fost triaţi şi luaţi în dispensarizare.

Bolnavii suferind de tbc., gravidele, stările precanceroase, au fost dispensarizaţi de către reţelele medicale de specialitate.

Celelalte categorii ca: ulceroşii, hipertensivii, bolnavii cardiaci, reumaticii, bolnavii de ficat precum şi lueticii au fost dispensarizaţi de către medicul de întreprindere, întreprinderea avînd şi un medic venerolog.

Dispensarizarea adolescenţilor, a celor intraţi recent în producţie, a muncitorilor care lucrează în locuri de muncă dăunătoare sănătăţii, precum şi a stahanoviştilor este în curs de organizare.

Medicul de întreprindere colaborează cu specialiştii la tratamentul celor dispensarizaţi.

Pentru fiecare muncitor dispensarizat s-a întocmit o fişă de dispensarizare (pe care o anexăm).

Pentru chemarea bolnavilor la examenele medicale şi pentru urmărirea activă a dispensarizaţilor, medicul de întreprindere a întocmit un grafic calendaristic cuprinzînd numele bolnavilor, diagnosticul şi zilele programării.

Bolnavii sînt chemaţi la vizitele medicale de către soră care completează un caiet cu numele, data şi ora programării şi semnătura bolnavului.

In urma măsurilor luate prin dispensarizare şi urmărirea activă

a bolnavilor, prin îmbunătățirea condițiilor de trai și prin aplicarea măsurilor curativo-profilactice și igienico-sanitare, s-au obținut următoarele rezultate în semestrul I 1953 :

Morbiditatea generală :

Indicele de frecvență a scăzut de la 64,2 în trim. I, la 31,7 în trim. II.

Indicele de gravitate a scăzut de la 435,2 în trim. I, la 427,6 în trim. II.

Numărul zilelor de incapacitate temporară de muncă a scăzut de asemenea în mod simțitor, cu deosebire la : tbc. pulmonară, gripă, afecțiuni reumatismale, boli cardio-vasculare, boli ale ficatului, boli ale pielii, precum și la accidente în cîmpul muncii.

C. Organizarea și redijarea planului unic complex.

Pe baza cunoașterii îmbolnăvirilor prin examenele colectivului medical complex, a rezultatelor examenelor de dispensarizare, a analizei morbidității cu incapacitate temporară de muncă, făcută pe baza certificatelor medicale de boală studiate pe ateliere și secții, pe grupe de vîrstă și sex, și pe baza cunoașterii condițiilor de muncă și de mediu, s-a trecut la întocmirea planului unic complex. In acest scop s-a convocat o ședință la care au participat : directorul întreprinderii, conducătorul tehnic, responsabilul protecției muncii, responsabilul asigurărilor sociale și colectivul medical al întreprinderii.

Planul unic complex a fost întocmit pe următoarele probleme : 1) măsuri pentru îmbunătățirea procesului tehnologic și a instalațiilor tehnico-sanitare ; 2) măsuri de tehnica securității muncii și introducerea de metode nepericuloase în procesul de producție ; 3) măsuri cu privire la buna întreținere și în stare perfectă de funcționare a instalațiilor tehnico-sanitare ; 4) măsuri pentru îmbunătățirea condițiilor de viață ale muncitorilor ; 5) măsuri pentru prevenirea și combaterea morbidității generale, transmisibile și profesionale ; 6) organizarea asistenței de dispensarizare ; 7) organizarea asistenței medico-chirurgicale de urgență ; 8) organizarea măsurilor pentru controlul medical periodic al muncitorilor ; 9) organizarea depistărilor radiologice, serologice și imunizărilor antiepidemice ; 10) organizarea muncii de educație sanitară.

Pentru remedierea deficiențelor constatate s-au luat angajamente nominale cu termene fixe pentru executare.

Planul a fost popularizat printre muncitori și pe urmă i s-a dat forma definitivă.

Dăm cîteva exemple din realizarea sarcinilor mai importante :

— muncitorilor care locuiesc la distanțe mai mari de întreprindere li s-a asigurat transportul gratuit pe căile cu mijloace de transport (tren, autobuse) ;

— la 130 muncitori, care nu aveau grădini proprii, li s-au repartizat terenuri pentru cultura zarzavatului ;

— s-a amenajat o vilă cu 20 paturi în stațiunea climaterică Răstolița, pentru odihna muncitorilor, unde aceștia vor putea merge în serii, împreună cu familiile lor ;

— fîntîna din curtea secției speciale s-a transformat în fîntînă cu pompă ;

Fişa despre evidenţa şi analiza morbidităţii şi asistenţa de dispensarizare

Numele şi pronumele	Etatea (ani)	Intreprinderea sau instituţia	Funcţia, profesia şi condiţiile de mediu	Vechimea în muncă	Diagnosticul	Nr. fişei	Data luării în evidenţă	Data scoaterii din evidenţă	Numele şi parafa medicului	Alte recomandări
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Tov. Szabó Iosif	35	Ludovic Minschi	Lustruitor, lucrează cu acetonă	16 ani	Ulcer cronic duodenal	863	1.I.1953		Dr. Pop Gh.	

Examene periodice şi tratamente — **Alte asistenţe**

Data programării	Data prezentării	Situaţia clinică şi a evoluţiei bolii	Examene de laborator	Tratament complex	Asistenţa socială şi condiţii de viaţă şi trai	Nr. zilelor de incap. temp. de muncă acordate	Internări şi măsuri sanitare antiepidemice	Observaţii şi propuneri şi măsuri de educaţie sanitară
12		13	14	15	16	17	18	19
10.I.1953 5.II.1952	10.I,1953	Acuză dureri în reg. epigastrului, aciditate, foame dureroasă, vomitări, cefalee, greaţă, regurgitări.	Chimismul gastric Hcl = 52. Acid. totală = 75 Rtg.: ulcer cr. duod.	Regim dietetic şi cură de apă minerală, apă alcalină (Hebe), calmante, sedative. Odihnă după terminarea muncii. Propus pentru cură la staţiunea Slănicul Moldovei. Repartizarea la muncă uşoară.	Transport de la domiciliu la locul de muncă se va asigura de întreprindere. Asigurarea unui teren pentru cultivarea zarzavatului. Va lua masa la cantina dietetică.	10 zile	Ex.: 12.I.1953 la clinica medicală. A stat internat 5 zile şi a ieşit ameliorat.	Acasă: va reglementa fumatul, consumul alcoolului, odihnă după masă, culcarea devreme, viaţă liniştită. La muncă: evitarea eforturilor fizice grele şi lucrul la maşini cu trepidaţii. In timpul liber va frecventa parcurile şi va duce viaţa în aer liber.

— pentru transportul pîinii s-a amenajat o ladă cu capac;

— s-au început lucrările de montare a exhaustoarelor la un atelier de tîmplărie mecanică;

— s-a folosit în întregime fondul pentru asigurări sociale (supliment tbc., regim dietetic, cură de apă minerală, proteze);

— s-a distribuit apă cloruro-carbo-gazoasă pentru muncitorii care lucrează la temperaturi ridicate;

— s-au asigurat locuri de muncă ușoare pentru 71 bolnavi și gravide;

— s-au executat vaccinările T.A.B., reacția B. Wassermann și depistările radiologice;

— pentru muncitorii suferind de reumatism și care n-au putut fi trimiși la stațiuni balneare, conducerea întreprinderii a asigurat transportul la băile învecinate de la Sîngeorgiul de Mureș.

Aceleași metode de muncă au fost aplicate și la celelalte întreprinderi examinate.

Aplicarea metodei dispensarizării a fost de asemenea, reorganizată la toate întreprinderile cu medici proprii. Pentru întreprinderile fără medici, dispensarizarea s-a făcut în cadrul policlinicilor, conform principiului teritorializării.

S-a observat însă o prezentare mai neregulată a dispensarizaților la consultațiile programate, ceea ce se explică și prin faptul că de exemplu, bolnavii ulceroși fără simptome subiective se prezintă mai rar.

Concluzii

Rezultatele obținute pînă în prezent în lupta pentru scăderea morbidității prin acțiunea colectivelor medicale complexe, a aplicării metodei dispensarizării și întocmirea planurilor unice complexe, sînt apreciabile și această acțiune trebuie continuată și aprofundată în viitor.

In această privință, o condiție esențială este colaborarea creatoare a clinicienilor și igieniștilor, precum și conlucrarea activă a medicilor de întreprinderi cu conducerea întreprinderii, cu organizațiile de masă, cu medicii de teren și cu înșiși muncitorii din secții și ateliere.

Aplicînd pe teren învățămintele cîștigate din experiențele autorilor sovietici, prin punerea în practică în spirit pavlovist a măsurilor curativo-profilactice și igienico-sanitare, vom reuși să reducem morbiditatea și să asigurăm capacitatea de producție a oamenilor muncii.

BIBLIOGRAFIE

1. *Mazur M. M.:* Probleme în legătură cu studierea morbidității în întreprinderile industriale. Sovetskoe zdravoohranenie, nr. 2/1952.
2. *Vigdoricik R.:* Cîteva considerațiunii în legătură cu metodele de studiere a morbidității asociată cu pierderea capacității de muncă. Sovetskoe zdravoohranenie, nr. 2/1952.
3. *Singurova A. E.:* Experiența muncii medicului de atelier pe linia dispensarizării. Sovetskoe zdravoohranenie, nr. 2/ 1952.

★

Снижение заболеваемости на некоторых предпрйятиях в короде Тыргу Муреш

Заболеваемость может быть снижена лечебно-профилактическими мероприятиями. Конкретные предложения при составлении комплексных планов и целесообразное применение диспенсаризации способствуют этому.

Воздействующие на здоровье рабочих факторы, должны быть хорошо изучены специалистами.

Должна вестись раз'яснительная работа, для того чтобы рабочие знали о способах предотвращения заболеваний и борьбы с ними.

Медицинские работники должны работать в тесном сотрудничестве с дирекцией предприятий и профсоюзными организациями.

LA DIMINUTION DE LA MORBIDITÉ DANS QUELQUES ENTREPRISES DE TIRGU-MUREŞ

Dans le but de la diminution de la morbidité il este nécessaire de prendre des mesures, à l'aide desquelles les maladies puissent être, d'un côté, guéries aussi rapidement que possible et, de l'autre côté, prévenues à temps, ce qui peut être obtenu en introduisant des propositions concrètes dans les plans complexes et en appliquant la méthode de la dispensairisation dans de bonnes conditions. Les spécialistes doivent connaitre les facteurs qui influencent la santé des ouvriers ; il est également nécessaire de mener une activité d'éducation sanitaire parmi les ouvriers pour que ces derniers sachent quelles mesures ils doivent prendre pour prévenir et pour combattre les maladies.

Le collectif médical se trouvera en permanence dans un étroit contact avec la direction de l'entreprise et les autres organes compétents.

INCEPUTURILE ORGANIZĂRII SANITARE IN ORAŞUL BUCUREŞTI

V. MANOLIU

(Lucrare executată în Centrul de Organizare a Ocrotirii Sănătăţii şi Istoria Medicinei).

Teritoriul pe care se află capitala patriei noastre a fost locuit din cele mai vechi timpuri cunoscute de istorie, dar oraşul Bucureşti ia o dezvoltare deosebită către sfîrşitul secolului al XVIII-lea şi începutul celui de al XIX-lea, în urma stabilirii aici a centrului economic, politic şi administrativ al Ţării Romînesti. Aici se găseşte curtea domnească cu numeroşii ei slujbaşi şi cu instituţiile administrative, aici locuiau marea parte a anului, aproape toţi boierii.

Aşezarea Bucureştiului la încrucişarea drumurilor comerciale, a determinat dezvoltarea comerţului, a meşteşugurilor şi atelierelor manufacturiere precum şi creşterea continuă a populaţiei.

La începutul secolului trecut oraşul Bucureşti nu se deosebia ca aspect general de oraşele orientului apropiat. El era întretăiat de patru artere principale de circulaţie, numite „poduri" : *Podul tîrgului de afară,* prin care se făcea legătura cu Focşanii: *Podul calicilor,* care lega capitala cu Craiova ; *Podul Şerban Vodă,* numit ulterior al *Beilicului,* care se continua cu drumul Giurgiului şi *Podul Mogoşoaiei,* de unde pornea drumul spre Transilvania. De o parte şi de alta a podurilor — podite cu scînduri şi prevăzute cu şanţuri pentru scurgerea apei spre Dîmboviţa, spre lacul lui Dura şi Filaret — se ridicau casele şi palatele boierilor şi negustorilor. Acestea erau înconjurate de mari proprietăţi care se întreceau, în ceea ce priveşte întinderea, cu acelea ale mînăstirilor şi bisericilor bucureştene. Curtea domnească, cu numeroasele sale clădiri şi dependinţe, ocupa centrul oraşului.

Afară de poduri, care erau într-o oarecare măsură îngrijite, oraşul Bucureşti era străbătut de numeroase uliţe strîmbe şi murdare, pline de praf şi noroi, cu case îngrămădite unele într-altele, locuite de mici negustori, slujbaşi şi meşteşugari, sărăcimea fiind înghesuită la periferie.

Oraşul era împărţit în mahalale, mai ales după criteriul răspîndirii bisericilor.

★

Frecventele epidemii de ciumă de la sfîrşitul secolului al XVIII-lea au găsit într-un asemenea oraş, un mediu prielnic. Ingrămădirea de case şi marea aglomeraţie de populaţie, faptul că Dîmboviţa inunda mahalalele cu desele sale revărsări odată cu venirea primăverii, înlesnea propagarea molimei într-un ritm accelerat.

Pătura conducătoare fiind şi ea direct ameninţată de răspîndirea epidemiilor, a fost silită să se ocupe într-o oarecare măsură de starea sanitară a oraşului.

Domnul avea pe lîngă el un medic personal adus de cele mai multe ori de la Constantinopol. Boierii apelau la ajutorul altor medici străini, puţini la număr, care se stabiliseră în oraş. Restul populaţiei se limita la sfaturile date de babe, descîntece, rugăciuni făcute în biserici şi la ajutorul dat de „dohtorii" ambulanţi care nu erau decît nişte şarlatani.

Odată cu venirea la domnie în Ţara Romînească a lui Alexandru Ipsilanti se schiţează un început de organizare a asistenţei medicale. In Bucureşti se aflau în funcţiune spitalele: Colţea şi Pantelimon. Atunci cînd izbucnea ciuma luau fiinţă spitalele pentru ciumaţi, care se desfiinţau însă odată cu stingerea molimei. Printre măsurile luate de Ipsilanti a fost şi cea din 10 decembrie 1775, prin care a înfiinţat *Epitropia de obşte,* reorganizată în a doua domnie a sa, la 5 octombrie 1797 cînd a fost denumită: *Vornicia epitropiei obştirilor.*

Constantin Hangerli, care l-a urmat la domnie, a modificat organizarea lui Ipsilanti, constatînd „nu puţine lipse, amestecături şi neîntocmiri într-însa, cuvincioase veacului trecut". Noul domnitor însărcinează patru negustori, în loc de patru boieri, pentru a asista pe vornic la conducerea vorniciei. Este timpul cînd negustorii, făcînd parte din burghezia care se năştea, îşi afirmau primele pretenţii la conducerea treburilor obşteşti. Vornicia epitropiei obştirilor va rămîne pînă la reforma pe care o va face Grigore Ghica la 5 aprilie 1824.

Printre atribuţiile vorniciei obştirilor erau şi cele cu privire la problemele de ordin edilitar, igienă, control alimentar, controlul practicei medicale şi spiţerilor, asistenţa bolnavilor săraci, a orfanilor şi văduvelor. Se iau astfel măsuri pentru alimentarea cu apă a Bucureştiului prin cişmele şi fîntîni şi se încep chiar lucrări de curăţire a Dîmboviţei. Celor ce veneau în Bucureşti cu produse spre vînzare, li se stabileau locuri pe maidane, la capătul celor patru poduri principale ale oraşului. Podurile se repară, se interzice aruncarea gunoaielor în faţa caselor, iar alimentele sînt supuse unui anumit control, mai ales în ceea ce priveşte tăierea vitelor. Totodată se reglementează îngroparea morţilor. Desigur, dat fiind condiţiile obiective din acea vreme, nu ne putem face nici o iluzie asupra aplicării acestor măsuri. Medicii spitalelor erau obligaţi a vedea de suferinţele celor săraci şi de ale copiilor orfani. Astfel iau naştere la 1781, medicii comunali, numărul lor ajungînd la şase în 1804. Faţă de populaţia oraşului — aproximativ de 80.000 de locuitori, — cei şase „dohtori" ocupaţi aproape numai cu îngrijirea feţelor înalte nu puteau oferi o asistenţă medicală cît de cît efectivă maselor aflate în cea mai neagră mizerie. Cel ce încuviinţa practica medicală era medicul personal al domnitorului — arhiiatrosul — care, ajutat de alţi cîţiva medici, făceau şi controlul şpiţerilor. Medicii

primeau leafă de la Vornicia obştirilor, din fondul „cutiei milelor". Sumele erau destinate mai ales pentru ajutorarea celor săraci şi proveneau din taxe impuse mînăstirilor şi boierilor, cît şi din danii.

Măsurile arătate mai sus au fost luate mai ales pentru oraşul Bucureşti. In celelalte oraşe abia dacă se semnalează existenţa sporadică a cîte unui medic. Numai în timpul epidemiilor se trimitea din capitală, un medic, spre a se raporta de la faţa locului ivirea vreunui caz suspect de boală, pentru a se putea lua măsuri de apărare a Bucureştiului. Măsurile aveau atunci un caracter temporar, iar restricţiile sanitare se ridicau imediat ce epidemia era declarată stinsă.

Desele cazuri de ciumă ce se ivesc după războiul din 1806—1812 fac ca noul domnitor, Caragea, să fie obligat să acorde şi el o oarecare atenţie stării sănătăţii populaţiei Bucureştiului. El ordonă printre altele, punerea în ordine a lefurilor medicilor şi strîngerea fondurilor datorate cutiei milelor.

Vaccinarea contra variolei, introdusă în Bucureşti în primul deceniu al secolului al XIX-lea şi executată cu multă pricepere de doctorul Constantin Caracaş se execută acum prin medicii oraşului, conform unei hotărîri, fiecăruia revenindu-i cîte o mahala.

Vestita ciumă „a lui Caragea" a apărut în toamna anului 1812 şi a ţinut aproape tot timpul anului următor. Insăşi „curtea gospod s-ar fi molevnisit" ceea ce-i determină pe cei cu dare de mînă să fugă din oraşul contaminat. Nici medicii datori a apăra bolnavii de groaznica epidemie nu stau la posturile lor. Pe aceştia domnitorul îi ameninţă cu măsuri drastice, dar odată stinsă epidemia, pedepsele le sînt ridicate şi li se plătesc lefurile. In anii ce urmează se ivesc noi cazuri de ciumă, focarul nefiind stins. *Casa privegherii,* instituţie creată pe timp de molimă, capătă acum un caracter permanent; totodată este dat în folosinţă şi noul spital „Iubirea de oameni" (Filantropia), zidit cu sprijinul lui Kutuzov şi prin strădania doctorului Caracaş.

In urma dezvoltării oraşului, care depăşise vechile bariere, a rezultatelor mulţumitoare obţinute prin vaccinare, datorită împărţirii medicilor pe mahalale, precum şi pentru a se fixa răspunderea medicilor în ceea ce priveşte combaterea ciumei, vornicia obştirilor propune domnitorului, în toamna anului 1816, împărţirea oraşului Bucureşti în „semturi" medicale. Vornicia justifica această propunere prin faptul că „s-au înmulţit fireştile boli pe la săraci, ca răceala, frigurile şi altele". Sărăcimea, istovită de muncă, locuind în case insalubre, în apropierea mlaştinilor care abundau, era cea mai expusă bolilor. Săracii veneau la epitropie cerînd milă şi ajutor, solicitînd mai ales să fie văzuţi şi ei de medici, aşa cum se hotărîse. Domnitorul aprobă împărţirea oraşului în semturi medicale, corespunzătoare întrucîtva cu cele administrative deja existente. Fiecare medic va avea grijă de un asemenea semt, nefiind scutiţi nici chiar medicii care lucrau în spitale, căci, precum se arată în aprobarea dată vorniciei, aceştia primesc leafă din veniturile spitalului respectiv.

Impărţirea semturilor se va face prin „dumnealui dohtorul cel mare". Cazurile de boală vor fi anunţate la casa privegherii de către vătăşeii mahalalelor iar medicii vor cunoaşte de aici bolnavii lor. Ne dăm seama că

un asemenea sistem greoi nu putea nici el să rezolve cît de cît nevoile de asistență medicală ale populației sărace.

Documentul prin care se arată fiecărui medic ce parte a orașului îi revine semtului său se păstrează la Arhivele Statului din București, în dosarul 46/1829, albastru, la fondul administrative vechi. El este interesant pentru studiul vechii organizări sanitare, a orașului București, putîndu-ne furniza date asupra medicilor ce existau atunci în oraș, asupra întinderii unui asemenea semt, asupra numărului aproximativ al populației date în grija unui medic. Documentul prezintă interes și pentru cel ce studiază trecutul capitalei noastre, putînd prin aceasta să afle într-o oarecare măsură, întinderea orașului și anumite puncte de reper din Bucureștiul începutului secolului trecut. Acest document a mai fost publicat de dr. P. G. Samarian. Deoarece transcrierea lui a fost făcută cu lipsuri și greșeli, îl redăm și noi.

Termenul semt, care reprezintă ceea ce înțelegem azi prin circumscripție medicală, este de origine arabă și a fost adoptat la noi prin filiera turcească. Acest termen se mai folosește încă în Turcia și Arabia, el însemnînd: loc, parte, cartier în care se locuiește (Kelekian D., Dictionnaire turc-française. Istambul 1911).

Paginile documentului sînt scrise citeț, cu caractere chirilice, în cea mai mare parte el este bine conservat, lipsindu-i numai două rînduri în partea de jos a filei. Iată acest document:

„Dumnealui dohtor Filitis *) începînd de la poarta din sus a Curții vechi și luînd Podul calicilor pînă la streajă. De acolo înconjurînd mahalaua Spirei pînă la Dîmbovița, apoi întorcîndu-să pă curegeria apei Dîmbovița, pînă la Sfîntul Ioan, și de acolo iar întorcîndu-să pînă la Curtea veche de unde au început sfîrșește ocolul său.

„Dumnealui dohtor Sporer **) începînd de la Sfîntul Ioan, și luînd în sus pe lîngă Dîmbovița despre Gorgani pînă la marginea Bucureștilor, apoi în curmeziș pînă în drumul Tîrgoviștei, și de acolo întorcîndu-să pă drumul Tîrgoviștei pă mîna driaptă către Poșta cia veche pînă la Clupu, apoi să ia Podul Mogoșoaiei pînă iar la Sfîntul Ioan de unde au început și sfîrșește ocolul său.

„Dumnealui dohtor Oler ***) începînd de la Poșta cia veche și luînd drumul Tîrgoviștei pă mîna driaptă, de acolo către cișmiaoa lui Mavrogheni pînă în drumul Herăstrăului, apoi drept întorcîndu-să pă lîngă biserica Albă către vechia poștă și isprăvește ocolul său.

„Dumnealui dohtor Rusu, începînd de la biserica Albă iar pă ulița Herăstrăului pă mîna driaptă pînă la marginea Bucureștilor, apoi trecînd în driapta mînă pînă în Podul Tîrgului de Afară, de acolo întorcîndu-să pă Podul Tîrgului de Afară tot pă mîna dreaptă pînă la biserica cu sfinți să isprăvește ocolul său.

---

*) Filitis Constantin, doctor. A studiat la Halle, a activat în București de la 1812 pînă în 1834.

**) Sporer Iosif, hirurg. A obținut diploma la Viena în 1817. A fost primul profesor de obstetrică la Institutul de nașteri din București (1839).

***) Oler Iosif, hirurg. A obținut diploma la Viena în 1809. El a funcționat peste 20 de ani în București.

„Dumnealui dohtor Meşiţ ****), începînd de la biserica cu sfinţi şi urmînd către Tîrgul de Afară către mîna driaptă, de acolo trecînd în driapta (manuscrisul este rupt).

„Dumnealui dohtor Panaiotache *****), începînd de la Beilic pă lîngă cursul Dîmboviţei la vale pînă la Vitan şi de acolo luînd-o în driapta către partia Văcăreştilor pînă în Podul lui Sărban Vodă şi de acolo întorcîndu-să iar la Beilic să isprăveşte ocolul său.

„Dumnealui dohtor Pascale ******) începînd de la Beilic şi mergînd pă podu lui Sărban Vodă pînă la sfîrşit în driapta, apoi către cişmiaoa lui Filaret, de aici întorcîndu-să pă lîngă Mitropolie către Sfînta Ecaterina de unde au început isprăveşte ocolul său.

„Dumnealui dohtor Raider, începînd de la Sfînta Ecaterina, şi urmînd drumul cel către cişmiaoa lui Filaret, şi de acolo pă pă (se repetă) dial luîndu-să în driapta pînă în Podul calicilor, apoi întorcîndu-să tot pă mîna driaptă pînă la răspîntia agiei urmînd spre Dumneaei băneasa Brîncoveanca pînă iarăş la Sfînta Ecaterina de unde au început isprăveşte ocolul său.

„Dumnealui dohtor Silvestru [1]), Dumnealui Costandin [2]) şi Dumnealui dohtor Constandinache Caracaş [3]) este să aibă îngrijirea mijlocului acestei politiii cît ţine poporul agiei pînă în dreptul semturilor ce s-au dat celorlalţi dohtori.

★

Impărţirea pe semturi s-a făcut desigur ţinîndu-se seama de numărul locuitorilor. Se observă în harta alăturată că acolo unde era o mai mare îngrămădire de populaţie (în jurul Mitropoliei) semtul este mai mic iar în părţile periferice ale oraşului semturile sînt mai mari. Centrul oraşului era sub supravegherea celor trei medici mai în vîrstă, cu o practică mai îndelungată.

In continuarea documentului se află înştiinţarea pe care o primeşte dohtorul Ioan Pascale la 13 ianuarie 1817, asupra îndatoririlor ce-i revin ca medic de semt. Aceşti medici trebuie să „caute fără de plată ostenelii sale" pe bolnavii cei săraci şi să le prescrie reţetă care după ce se va adeveri de epitropie va fi executată la şpiţeria ţinută de Musiu Rot la Hanul lui Şerban Vodă, cu care epitropia „se întocmise". Reţetele trebuiau să fie eliberate numai celor săraci şi deoarece se considera că sărăcimea putea să se vindece şi cu „dohtorii" din cele mai „uşoare" la preţ, li se atrage atenţia doctorilor, ca „moscu şi castorea *)

****) Mesiţ Ion, hirurg. Il întîlnim activînd încă din 1794. A murit de ciumă în 1829.

*****) Panaiotache a fost medic în Bucureşti din 1810.

******) Pascale Ion, doctor, a studiat medicina la Berlin şi îşi începe activitatea în 1796.

1) Filitis Silvestru (1759—1828). A obţinut diploma în 1785 la Göttingen şi a început activitatea medicală încă din acel an.

2) Darvaris Constandin. A obţinut diploma de doctor la Halle în 1785.

3) Caracaş Constantin (1773—1828). A luat doctoratul la Viena în 1800. A fost unul din fondatorii spitalului „Iubirea de oameni" (Filantropia) şi a scris o monografie sanitară a Munteniei.

*) Moscu şi castorea medicamente scumpe, greu de procurat, extrase din animalele respective şi avînd utilizare ca antispasmodice, emenagoge, care se administrau în prafuri sau tinctură.

să nu se însemneze căci sunt şi alte dohtorii de potriva slujirii acestora mai cu uşor preţ".

Iată această înştiinţare:

De la vornicia obştirilor.

Către Dumnealui dohtor Ioan Pascale.

Dela mîna (manuscrisul este rupt) ce ni s-au dat ca dohtori politiei ce iau liafă dela Cutia obştirilor să şi aliagă în partele de mahalalele politiei să caute pă bolnavii cei săraci fără de plată ostenelii sale. Iar răţetele dohtorilor să li se plătească din cutia milosteniei. Iată dar precum mai sus să coprinde după ce ţi să face dumitale cunoscut a fieştecărui dohtor poporul şi ocolul său, apoi este şi poporul dumitale scris să-l primeşti cu semn spre cunoaştere unde povăţuieşte, de unde şi pînă unde este ocolul dumitale, ci veri cînd te va înştiinţa ori dela epitropie sau dela casa privigherii sau de chiar pătimaşii bolnavi dintr-acest popor al dumitale să pătimeşte de vre-o boală numai decît să mergi la cel bolnav să-i faci vizită. Şi de vei cunoaşte scăpătat fără de cîtuş puţin pîrlej an avia cu ce să şi plătiască dohtoriile să-i orînduieşti cuvincioasele dohtorii, care răţetă să o aducă mai întîi să-i adevereze dela Epitropie şi apoi să miargă cu dînsa la spiţăria cia dela hanu lui Sărban Vodă la Musio Rot spiţer care s-au întocmit cu epitropia spre ai da dohtoriile bolnavului cei să va orîndui şi cu chipul acesta după luminata poruncă fără pregetare sau plată să urmezi cu căutaria celor scăpătaţi bolnavi, ferindu-te a nu face răţete pă numele epitropiei şi celor ce sînt în putere şi are mijloc a se căuta cu dela sine, cum şi dohtoriile să le însămnezi la fieştecare boală din cele mai uşoare la preţ, iar moscu şi castorio să nu să însemneze că sînt şi alte dohtorii de potrivă slujirii acestora mai cu uşuru preţ. Iar dumnealui dohtor Costandinache Caracaş după ce li s-au orînduit poporul semtului agiei apoi este a fi şi privitor la urmările datoriei dumitale. Această orînduială este numai pentru familia şi scăpătaţi ce nu stă în mijloc a merge la spital. Ia bechiari străini să i orînduiască a merge la spital.

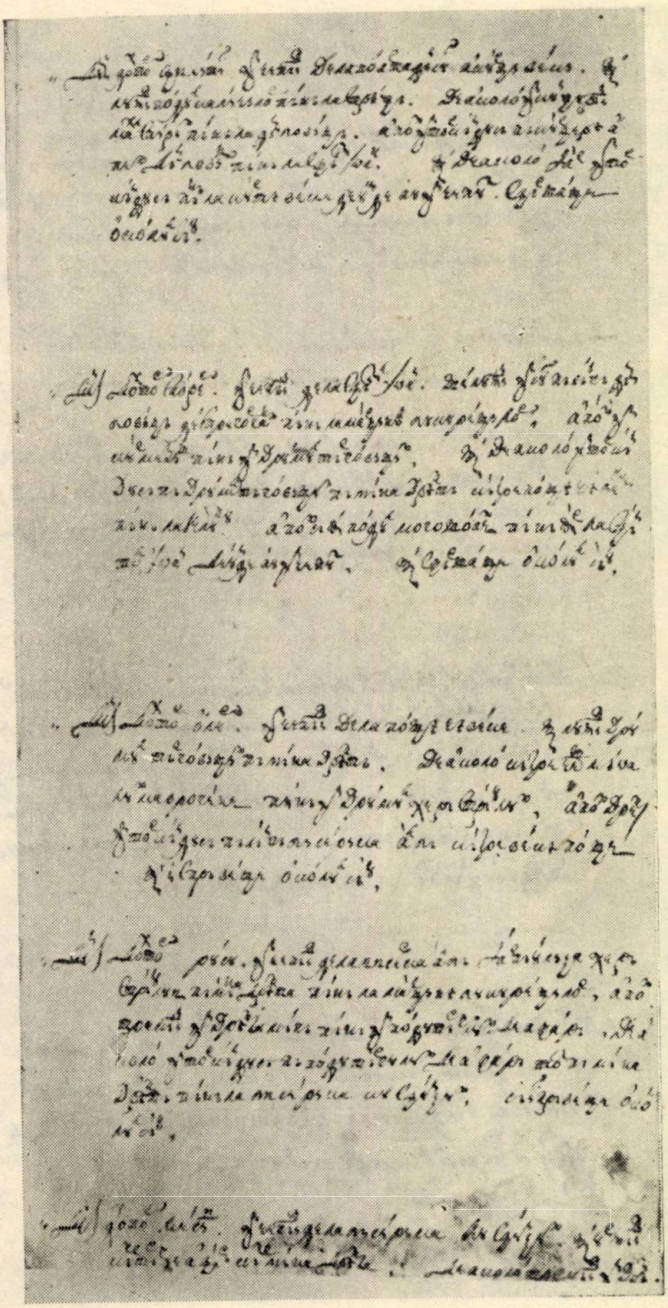
817 Ghenari 13.

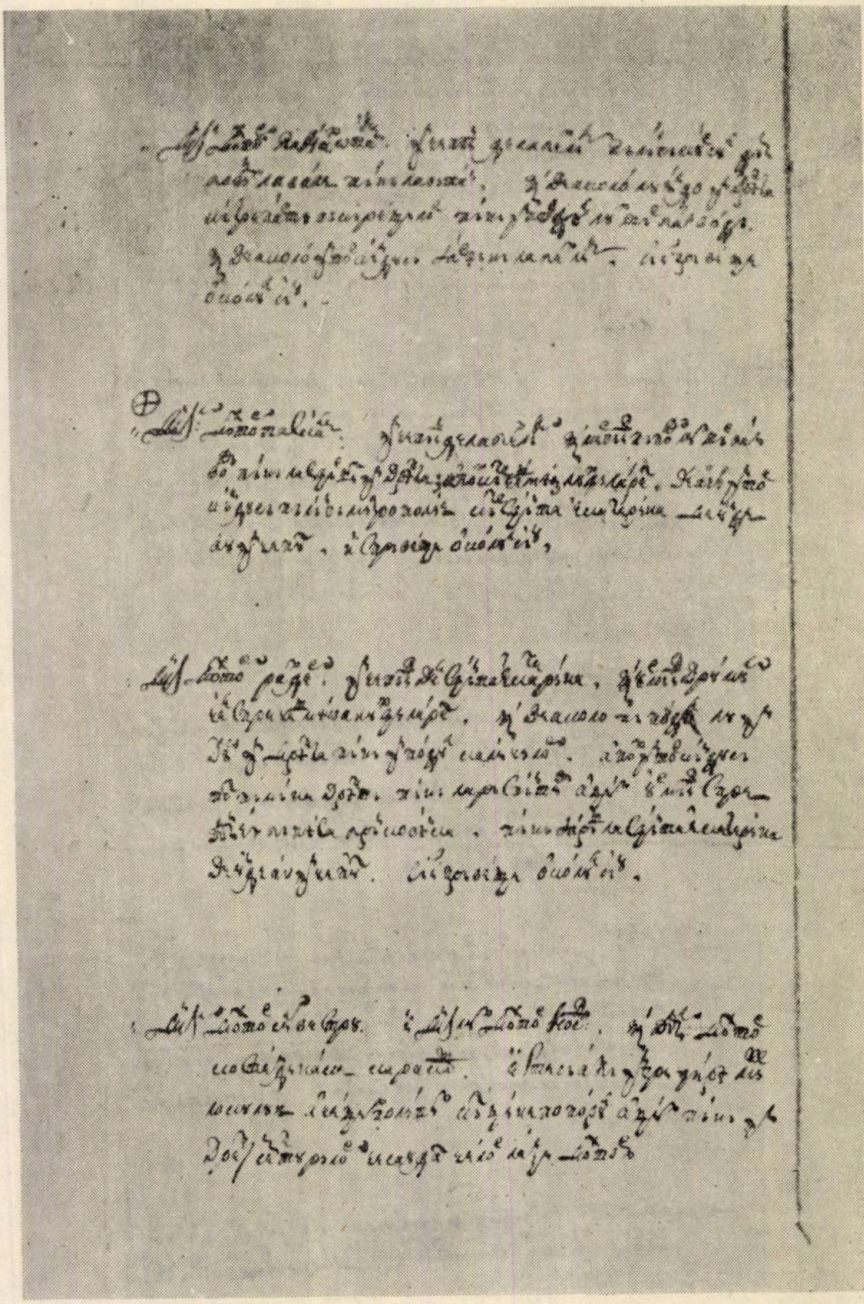
L. S.
(Pecetea Vorniciei obştirilor)

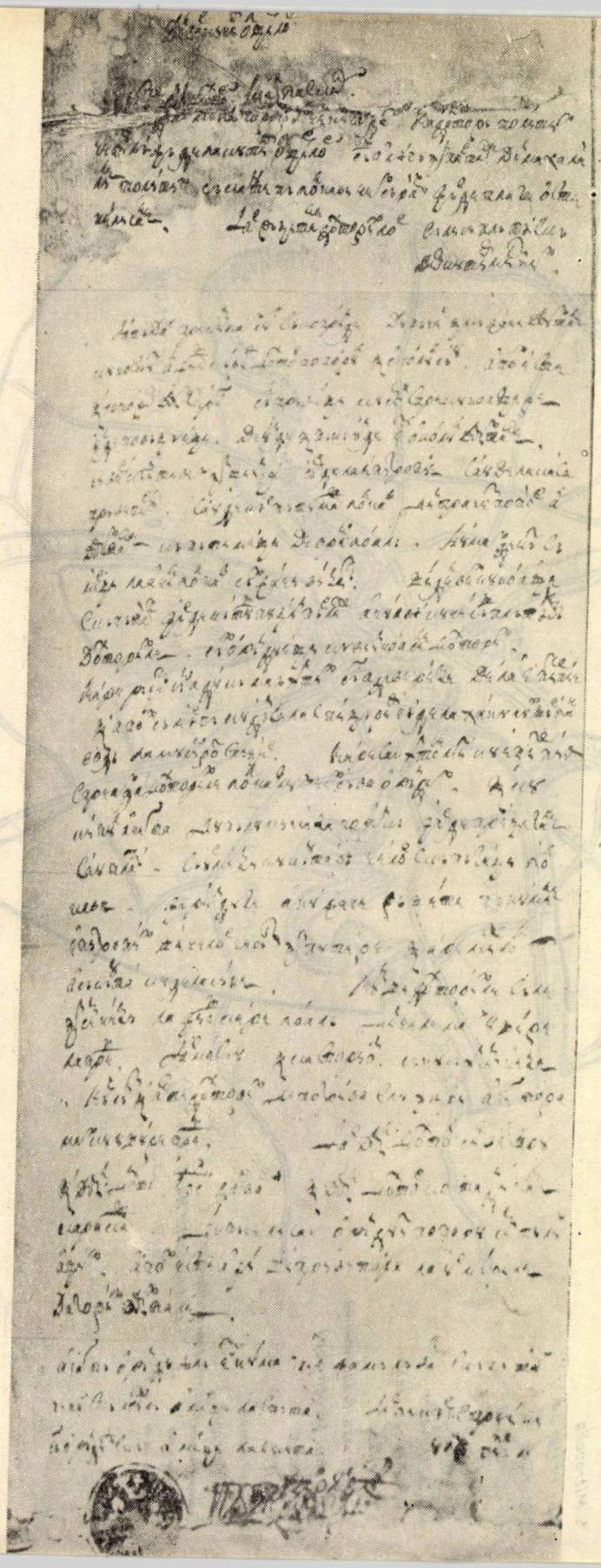
Semnătură indescifrabilă
Ioan Ştirbei ?: (vornicul epitropiei obştirilor)

Din citirea acestei înştiinţări se vede clar exprimat, mai ales în ceea ce priveşte prescrierea medicamentelor, aspectul de clasă al asistenţei medicale acordate de „dohtorii semturilor". Cei trei medici pe care i-am văzut orînduiţi la semtul agiei se pare că aveau fiecare sub directa sa supraveghere cîte un semt, după cum reiase că dohtorul Costandinache Caracaş este „privitor" la îndatoririle dohtorului I. Pascale.

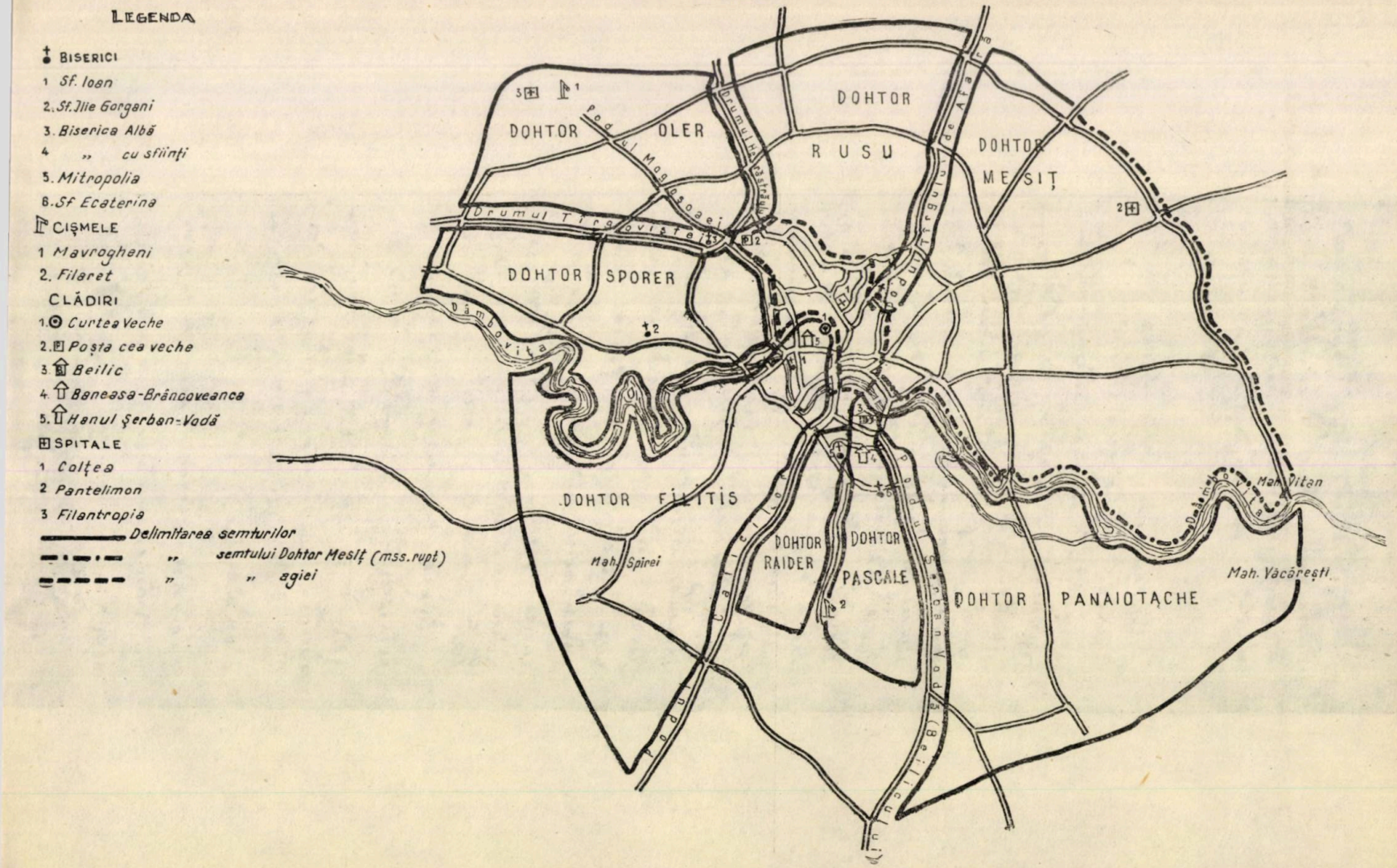
Această împărţire a oraşului în „semturi" este primul început de divizare a oraşului Bucureşti pe circumscripţii medicale şi ea va rămîne pînă după 1824, cînd se va trece la împărţirea administrativă a oraşului pe „văpsele" şi cînd organizarea medico-sanitară s-a făcut în funcţie de această nouă împărţire.







HARTA SEMTURILOR MEDICALE IN ORAȘUL BUCUREȘTI
1816



75 DE ANI DE LA MOARTEA LUI N. P. ZUBCU-CODREANU

In luna ianuarie a acestui an s-au împlinit 75 de ani de la moartea medicului și luptătorului democrat-revoluționar Nicolai Petrovici Zubcu-Codreanu, care a jucat un rol însemnat în mișcarea revoluționară din țara noastră. Figura și activitatea lui N. P. Zubcu-Codreanu este importantă și pentru dezvoltarea gîndirii medicale progresiste romînești din secolul al XIX-lea.

Zubcu-Codreanu s-a născut în 1850 la Nisiporeni, pe teritoriul actualei Republici Socialiste Sovietice Moldovenești. Concepția sa filozofică și politică s-a dezvoltat sub influența ideilor democrat-revoluționare ale marilor gînditori ruși ai secolului trecut: Belinski, Dobroliubov, Herțen și Cernîșevski. La început Zubcu-Codreanu a învățat la seminarul teologic din Chișinău pe care-l părăsește ca să se înscrie la Academia Medico-Chirurgicală din Petersburg, unde între anii 1870—1873 desfășură o activitate revoluționară. In anul 1873 el organizează contrabanda spre Rusia a literaturii politice ilegale tipărite în străinătate. In urma activității sale fiind în primejdie de a fi arestat de poliția țaristă. Zubcu-Codreanu trece în Romînia, unde se înscrie la Facultatea de Medicină din București pentru a-și continua studiile. In Romînia, patria lui adoptivă, el continuă activitatea lui revoluționară. Cu ajutorul tineretului revoluționar din țara noastră, asigură trecerea peste frontieră a tipăriturilor revoluționare spre Rusia și totodată desfășoară o vie activitate organizatorică în vederea întăririi, respectiv a înființării unor cercuri revoluționare în centrele mai mari ale Romîniei.

In 1876 Zubcu-Codreanu a obținut licența în medicină și a fost numit medic de plasă la Puiești-Tutova, unde a funcționat pînă la începutul anului 1877. Izbucnirea războiului de independență îl găsește ca medic de plasă în fostul județ Argeș, unde fusese mutat între timp. Devotat poporului nostru, cu a cărui năzuințe s-a identificat în toate împrejurările vieții sale, în timpul războiului de independență Zubcu-Codreanu intră ca voluntar în serviciul sanitar al armatei. El a fost repartizat la spitalul militar din Pitești. Această perioadă a vieții sale se caracterizează printr-o bogată activitate socială și politică; el lucra cu

rîvnă și abnegație ca medic și în același timp ducea o muncă de agitație și propagandă revoluționară printre ostașii ruși, făcea muncă de corespondent pentru revistele din străinătate și ținea legătura cu revoluționarii ruși emigranți, fiind în același timp animatorul cercurilor socialiste din Romînia. Zubcu-Codreanu a fost unul dintre întemeietorii gazetei „Socialistul", care apăruse în timpul războiului de independență. După terminarea războiului el a venit la București. Din această perioadă a activității sale datează scrisorile lui cu privire la stat, proprietate și familie, care au fost publicate mai tîrziu de către prietenii săi în lucrarea „O pagină din socialismul romîn" (1879). Scrisorile lui Zubcu-Codreanu arată că gîndirea lui filozofică și politică a fost influențată de învățăturile socialismului științific. Cu toate acestea, așa cum ne arată biografii și cercetătorii moderni ai vieții și activității lui, el „nu s-a ridicat pînă la înțelegerea marxismului și astfel el a rămas pe pozițiile democratismului revoluționar din perioada dinainte de Marx. Aceasta este de înțeles dacă luăm în considerare condițiile sociale din Romînia de atunci" (G. Haupt). Rolul lui Zubcu-Codreanu în trecutul mișcării revoluționare din țara noastră a fost însemnat. „Permanenta preocupare a lui — arată acad. P. Constantinescu-Iași — a fost să facă să pătrundă în mase explicarea problemelor sociale, punînd temei pe ridicarea clasei țărănești, ceea ce constituia o trăsătură caracteristică a poporaniștilor ruși din perioada lor revoluționară".

In vara anului 1878 Zubcu-Codreanu întreprinse o călătorie în centrele mai mari ale țării, cu scopul intensificării activității revoluționare. In timpul acestei călătorii el se îmbolnăvește. Se întoarce bolnav la București, dar fiind în pericol de a fi arestat de poliție, se retrage la Curtea de Argeș, unde moare la 31 decembrie 1878, în brațele tovarășului său de luptă, medicul dr. Russel.

Zubcu-Codreanu aparține pleiadei medicilor luptători, revoluționari, care deschid în dezvoltarea medicinei romînești o etapă nouă. Acestei pleiade îi aparțin medicii dr. Russel, dr. Petru Alexandrov, dr. V. Crăsescu-Basarabeanu, care au împletit lupta lor pentru interesele celor exploatați cu munca medicală dusă zi de zi cu abnegație și fără oboseală în condițiile grele ale regimului antipopular instaurat de burghezie în cîrdășie cu moșierimea. Zubcu-Codreanu ocupă un loc însemnat în evoluția gîndirii medicale progresiste din țara noastră. In scrierile sale, în care el arată situația igienică deosebit de înapoiată a țărănimii exploatate, precum și condițiile ei grele de muncă și de viață, Zubcu-Codreanu dovedește strînsa legătură de cauzalitate și efect ce există între condițiile economico-sociale și starea sanitară a poporului. El este primul medic în istoria dezvoltării medicinei romînești care atrage atenția asupra acestui fenomen social, deschizînd în felul acesta un orizont nou, pregătind orientarea medicinei progresiste romînești spre înțelegerea și studierea marilor probleme de igienă și medicină socială ale poporului nostru. Zubcu-Codreanu a făcut acest lucru cu mijloacele și metodele ce i-au stat la dispoziție, ajutîndu-se de o concepție înaintată, revoluționară despre lume și societate, limitată însă de condițiile economice și politice ale Romîniei burghezo-moșierești de atunci.

In scrisorile sale Zubcu-Codreanu a lăsat descrierea impresionantă

a situației economice și sanitare a țăranilor crunt exploatați de pe moșiile boierești. Iată un fragment dintr-o scrisoare datată din 31. III. 1877:

„Cînd trăiam în București, îmi făceam idee despre starea populațiunei rurale numai după cărți și jurnale. Nu eram însă nici atunci optimist în ideile mele despre viața țăranului nostru. Credeam și atunci, adînc, că mizeria noastră este mult mai înaintată decît mizeria din toate țările din Europa, ba chiar decît mizeria din Turcia! Ei, tocmai acum eu văd, că, fiind în București, eu eram optimist mare în părerile mele despre starea țăranului romîn. Sînt proști, ticăloși, sau de cea mai rea credință aceia care zic, că în Romînia nu există proletariat! Proletari sînt, cea mai mare parte din locuitorii poporațiunei rurale și nu proletari din aceia pe care îi cunoaște Europa apuseană, ci proletari de 5 sau 10 ori mai înaintați în mizerie... Aceia însă ce cu deosebire trebuie să intereseze pe bunul și adevărul patriot romîn, ceea ce trebuie să-l îngrijească, să-l turbure și să-l înspăimînte, sînt înfiorătoarele condiții igienice, sub care poporațiunea noastră rurală, duce o existență din cele mai mizerabile, o viață din cele mai ticăloase! Iată pentru ce numărul în genere a romînilor din Romînia descrește pe fiecare zi! Iată pentru ce romînii degenerează, mor, pier... Cînd văd eu cu ce se hrănesc țăranii noștri, cînd văd că copiii abia luați de la țîțele mamelor lor, se hrănesc numai cu mămăligă, cînd văd locuințele țăranilor, înțeleg cifrele din teza doctorului Agapie (Cf. Agappi V. I. „Cercetări demografice asupra populației Romîniei, județul și orașul Iași", București, 1876 — n. n.), cifre care constată o descreștere continuă a poporului romîn". (Citat după M. Roller: Nicolai Zubcu Petrovici. București, 1949. Edit. P.C.R., p. 16).

Această scrisoare stă mărturie atitudinii pline de dragoste și devotament a lui Zubcu-Codreanu față de suferințele poporului nostru. Activitatea lui ca medic a fost o dovadă a identificării sale cu interesele și năzuințele țărănimii exploatate, rezultat al legăturii și împletirii indisolubile a gîndirii și activității sale revoluționare care caracterizează scurta și rodnica viață a lui Nicolai Petrovici Zubcu-Codreanu.

Dr. I. S.

Roller M.: Nicolai Zubcu Petrovici. București, 1946. Ed. P.C.R.

Roller M.: In legătură cu mișcarea muncitorească din Romînia (Contribuție la istoria Romîniei). București, 1945, Ed. P.C.R., p. 36—39.

Constantinescu-Iași P.: Influența democraților revoluționari ruși din secolul XIX asupra curentelor ideologice din țara noastră între 1850—1880. Studii, 1950, nr. III, p. 60—62.

Haupt G.: Despre atitudinea cercurilor revoluționare din Romînia față de războiul de independență din 1877—1878. Studii, 1952, nr. II, p. 60—66.

O pagină din socialismul romîn (1879). (Fără autor).

Ghelerter I. și Horodniceanu B.: Note asupra serviciului sanitar romîn și a legăturilor romîno-ruse în timpul războiului pentru independență din 1877—1878. Studii, 1953, nr. 1.

Ghelerter I și Horodniceanu B.: Legăturile medicale romîno-ruse în timpul războiului pentru independență. Revista de Ocrotire a Sănătății în R.P.R., nr. 3/1953, mai—iunie, p. 41—48.

Haupt G.: N. P. Zubcu-Codreanu forradalmi harcos emlékezete (Amintirea luptătorului revoluționar N. P. Zubcu-Codreanu Elöre, 28. I. 1954, nr. 1958.

Cușnir Mihailovici C.: 75 de ani de la moartea lui Nicolae Petrovici Zubcu-Codreanu. Scînteia, 23. I. 1954, nr. 2877.

R E F E R A T E

V. K. BREJENSKI: Pentru perfecționarea continuă a formelor organizatorice de ocrotire sanitară. „Sovetskoe zdravoohranenie", nr. 5, 1953.

In ultimii ani în revistele medicale au apărut multe lucrări consacrate organizării măsurilor curativo-profilactice și sanitaro-antiepidemice în mediul rural. In lucrările multor autori s-a arătat în mod evident rolul principal al spitalului raional ca centru organizatorico-metodologic al ocrotirii sanitare raionale. Totuși, nu toate problemele organizatorico-metodologice ale conducerii activității circumscripțiilor medicale rurale sînt complet rezolvate. In legătură cu aceasta se atrage atenția asupra faptului că în unele regiuni există raioane, ale căror centre se află în orașele subordonate regiunii. In aceste raioane medicii sînt lipsiți de conducerea organizatorico-metodologică a spitalului raional.

Problema cu privire la activitatea spitalelor și dispensarelor de specialitate în sistemul spitalului unificat necesită de asemenea un studiu amănunțit. Trebuie să se atragă atenția asupra faptului că unificarea n-a fost aplicată corect în toate părțile și că nu s-au obținut pretutindeni rezultatele scontate.

Autorul subliniază că trebuie să se ia în considerare și să se analizeze propunerile tot mai frecvente cu privire la activitatea succesivă a medicilor în spital și policlinică la intervale de cîte o lună. O astfel de ordine a activității medicilor chirurgi este dictată de practică și se utilizează în multe locuri.

L. M. KIBARDIN: Rezervele interne ale spitalelor. „Sovetskoe zdravoohranenie", nr. 2, 1954.

In directivele Congresului al XIX-lea al partidului se prevede lărgirea rețelei de instituții curative și profilactice și sporirea numărului paturilor.

Autorul arată că construirea spitalelor noi care se desfășoară în prezent, va dura mult timp și de aceea este necesară mobilizarea rezervelor interne ale spitalelor existente și organizarea justă a muncii lor.

In condițiile unificării spitalelor cu policlinicile, acestea din urmă sînt obligate să trimită la spital bolnavii care au fost examinați în mod minuțios și li s-a stabilit un diagnostic exact. Cu toate acestea, în spitale se face o reexaminare, în loc să se pășească imediat la tratament: astfel bolnavul pierde 2—3 zile degeaba la spital. O altă lipsă este separarea în secții pentru bărbați și secții pentru femei. Trebuie să se introducă secții unice, respectîndu-se bineînțeles separarea pe camere. Astfel s-ar evita ca în secțiile pentru bărbați să nu fie nici un pat liber, iar la femei multe, sau invers.

Multe zile-paturi se pierd la chirurgie. Astfel, sînt spitalizați bolnavi care au avut o gripă, anghină sau altă boală secundară, sau femei avînd menstruație, ceea ce amînă operația, paturile rămînînd totuși ocupate. Se întîmplă ca policlinicile să interneze bolnavi pentru pansamente care pot fi făcute la domiciliu.

Autorul arată că o modalitate a reducerii nevoii de paturi este spi-

talizarea la domiciliu a bolnavilor cu boli necontagioase, care au acasă condiţii corespunzătoare. La unii bolnavi, ca de pildă, la cei care suferă de boli neuro-psihice, acest procedeu ar fi chiar de dorit, spitalizarea fiind adeseori contraindicată.

Autorul arată că din statisticile unei serii de spitale, reiese că din lipsă de locuri n-au fost spitalizaţi unii bolnavi cu pneumonii şi nefrite acute, boli cardiace acute, hepatite etc. In acelaşi timp 7—10% dintre bolnavii internaţi puteau foarte bine să fie trataţi la domiciliu.

O altă lipsă este aceea a terapiei dietetice. Trebuie organizate cantine dietetice pe lîngă spitale, independente de restaurantele trusturilor

In încheiere, autorul trage unele concluzii cu privire la folosirea rezervelor interne :

1) Propunerile făcute în articol se pot în genere realiza în fiecare spital, în majoritatea oraşelor.

2) Folosirea resurselor interne poate să contribuie la îmbunătăţirea asistenţei medicale.

3) Secţiile de ocrotire a sănătăţii şi directorii de spital trebuie să vegheze ca paturile să nu fie ocupate mai mult decît este necesar.

4) Ministerele Ocrotirii Sănătăţii din republicile unionale trebuie să se ocupe cu problema folosirii rezervelor interne din fiecare instituţie în parte şi să organizeze un schimb de experienţe între ele.

5) Să se discute în presa medicală problemele legate de spitalizarea la domiciliu, precum şi problema cantinelor dietetice pe lîngă spitale.

I. A. VREACIK: Cultura fizică şi profilaxia. „Sovetskoe zdravoohranenie", nr. 2, 1954.

La sesiunea a VIII-a a Academiei de Ştiinţe Medicale a U.R.S.S., care a avut loc în decembrie 1953, s-a arătat importanţa culturii fizice pentru profilaxia obştească şi individuală. Prin cultură fizică se formează oameni sănătoşi, capabili să îndeplinească bine nu numai munca fizică, ci şi pe cea intelectuală. Propaganda culturii fizicii prin literatură, presă de specialitate etc., s-a înfăptuit sub conducerea organelor de ocrotire a sănătăţii.

Complexul de cultură fizică „Gata pentru muncă şi apărarea U.R.S.S." a dat sistemului sovietic de educare fizică o orientare ideologico-politică şi a devenit un nou stimulent în lupta pentru aplicarea în masă a culturii fizice.

Dezvoltarea în masă a culturii fizice a avut o influenţă pozitivă asupra bunăstării sanitare a poporului sovietic.

Autorul arată că în primul rînd cultura fizică trebuie folosită pentru preîntîmpinarea diferitelor boli de natură neinfecţioasă. Diferite tulburări patologice apar atunci cînd scăderea mişcării şi lipsa exerciţiilor sistemului muscular se combină cu nerespectarea cerinţelor de bază ale igienei în ceea ce priveşte alimentaţia, somnul, fumatul etc. Importanţa acestor factori în etiologia diferitelor nevroze, în bolile sistemului cardio-vascular, în metabolismul substanţelor, în special al grăsimilor, în bolile tractului gastro-intestinal etc. a fost stabilită.

Călirea organismului are o mare însemnătate şi-l face rezistent faţă de oscilaţiile de temperatură, care joacă un mare rol în etiologia gripei, anginei, reumatismului etc.

Vorbind la cea de a VIII-a sesiune, prof. Cernigovski a ridicat în faţa medicinei patru probleme de bază privind profilaxia : a) mecanismele fiziologice de întărire şi adaptare a organismului faţă de temperaturi ridicate şi scăzute ; b) regimuri raţionale de alimentaţie ; c) influenţa muncii fizice asupra funcţiilor fiziologice ale organismului ; d) educaţia fizică şi fiziologia muncii.

Cultura fizică are o însemnătate uriaşă în organizarea odihnei active a oamenilor muncii. Această muncă activă constă în gimnastică, sport, jocuri, excursii etc.

Cultura fizică are o mare însemnătate în preîntîmpinarea şi lichidarea oboselii, în special la muncitorii intelectuali.

Cultura fizică aplicată pe scară largă în întreprinderile din U.R.S.S. dă rezultate pozitive şi contribuie la ridicarea productivităţii muncii.

Autorul arată că emisiunile zilnice de gimnastică prin radio au în U.R.S.S. o vechime de aproape 20 ani.

In încheiere, autorul subliniază că

o condiţie esenţială pentru succesul folosirii profilactice a mijloacelor culturii fizice este controlul medical al sănătăţii acelora care se ocupă cu cultura fizică. In acest scop au fost create dispensare medicale speciale în marile oraşe şi în centrele sportive.

K. T. IZVEKOVA: Despre activitatea bibliotecară în spitale. „Sovetskoe zdravoohranenie", nr. 6, 1953.

Bolnavii se interesează foarte mult de gazete, dorind să cunoască succesele noi obţinute în U.R.S.S. şi în ţările de democraţie populară, precum şi ultimele evenimente ale vieţii internaţionale. In timpul internării în spital bolnavul se ocupă foarte mult de citirea cărţilor literare. Mulţi medici, surori şi bibliotecari utilizează cărţile care sugerează bolnavilor dorinţa de a se însănătoşi.

Organizarea corectă a cititului de către bolnavi este necesară şi pentru întărirea regimului curativ de protecţie în spitale. In multe spitale din U.R.S.S. se acordă o atenţie deosebită cărţilor citite de bolnavi. Astfel, în mai multe spitale din U.R.S.S. există biblioteci cu 3000—5000 volume pentru bolnavi.

Bolnavilor trebuie să li se recomande cărţi, în care se arată latura morală, activitatea medicilor sovietici, succesele medicinei sovietice etc. In biblioteca spitalului trebuie să existe de asemenea literatură medicală populară cu privire la boli, însă această literatură trebuie eliberată după aprobarea medicului curant. Pentru respectarea regimului curativ de protecţie trebuie să se excludă din bibliotecă acea literatură medicală, care prin conţinutul ei poate să provoace un traumatism psihic bolnavilor.

In spital bibliotecarul trebuie să fie un ajutor activ al medicilor curanţi şi al organizaţiei de partid. El trebuie să fie un om cult, care cunoaşte literatura şi care poate să ducă o muncă eficace în conformitate cu specificul instituţiei medicale. Administraţia spitalului trebuie să întărească prin decizii speciale măsurile organizatorice principale cu privire la îmbunătăţirea activităţii bibliotecilor în rîndul bolnavilor.

E 1742

Institut. de Documentare Tehnică
BUCUREȘTI
ОБМЕН - CSERE
VYMENA - WYMIANA
TAUSCH - СМЕНА

KAT

Ocrotirea sănătății în R.P.R.

Országos Műszaki Könyvtár BUDAPEST

3

IULIE 1954 SEPTEMBRIE

COLEGIUL DE REDACŢIE

Redactor responsabil: Prof. dr. ILEA THEODOR
Redactor responsabil adjunct: Conf. dr. PESCARU ALEXANDRU
Prim secretar de redacţie: Dr. NANU DIMITRIE
Secretar de redacţie: Dr. MANOLIU VASILE.

Membri ai Colegiului de Redacţie:

Prof. dr. BOLOGA VALERIU (Cluj), dr. BILIC VSEVOLOD, dr. CONSTANTINESCU GHEORGHE, dr COROI VICTOR, prof. dr. DIMITRIU CONSTANTIN, prof. dr. DUNĂREANU HORIA, conf. dr. GHELERTER IULIU, dr. GHERGHITOIU MIHAI, prof. dr. GROM LEONIDA, conf. dr. GROSZ GEZA, dr. MATACHE IOAN, dr. MIRCEA MONA, conf. dr. MUREŞAN PETRE, conf. dr. PRODAN ION (Cluj), dr. PIRLOG CONSTANTIN, dr. PRODESCU VICTOR, conf. dr. PRUTEANU PAUL (Iaşi), prof. dr. SOLOMON LEON, dr. ŞTEFĂNESCU LEON, dr. VILCOC ELENA, dr. WASSERMAN GHEORGHE, conf. dr. ZAHARIADE GHEORGHE.

Országos Múzeumi Könyvtár TULAJDONA

OCROTIREA SĂNĂTĂȚII IN R. P. R.

ORGAN AL MINISTERULUI SĂNĂTĂȚII

Redacția și Administrația: B-dul Ana Ipătescu 32 - Telefon 2.32.24

Anul IV iulie 3 septembrie 1954

SUMAR

	Pag.
*** Directivele Congresului al II-lea al Partidului cu privire la dezvoltarea agriculturii în următorii 2–3 ani și sarcinile care se desprind pentru organele de ocrotire a sănătății	3
Prof. dr. ILEA TH. și prof. dr. GROM L.: Principiile de bază ale organizării ocrotirii sănătății populației din mediul rural	5
Dr. STOENESCU VICTOR: Măsurile tehnico-organizatorice aplicate de Secțiunea sanitară a regiunii București, pentru ridicarea nivelului asistenței medicale, curativo-profilactice în mediul rural	23
Dr. STRUHL I., dr. POPESCU MARIȘ DOINA, dr. SRAGER M.: Etapa actuală a asistenței medicale curativo-profilactice a copilului în mediul rural	32
Conf. dr. GROSZ G., dr. RĂDULESCU M., dr. RUSSU R.: Noi metode de lucru pentru îmbunătățirea activității medicului internist de circumscripție al spitalului unificat orășenesc	43
Dr. SORTAN V.: Aspecte din aplicarea metodei examenului complex la o uzină metalurgică din Cluj	62
Dr. IENIȘTEA O. și dr. NEGRU A.: Eficiența staționarului de pe lîngă dispensarul unei întreprinderi carbonifere din raionul Reșița	70
Conf. dr. GHELERTER I.: Personalitatea lui Victor Babeș	79
REFERATE	92

EDITURA MEDICALĂ

СОДЕРЖАНИЕ

стр.

Илеа Т., Гром Л. — Основные принципы организации здравоохранения населения на селе 5

Стоенеску В. — Организационно-технические меры, применяемые Здравотделом области Бухареста, для повышения уровня лечебнопрофилактической помощи на селе 23

Струл И., Попеску Мариш Д. и Шрагер М. — Современный этап состояния лечебно-профилактической помощи на селе . . 32

Гросц Г., Радулеску М., Руссу Р. — Новые методы работы в целях улучшения деятельности участкового врача интерниста городской об'единенной больницы 43

Сортан В. — Аспекты применения метода комплексного освидетельствования рабочих на одном из металлургических предприятий в Клуже 62

Иоништеа О., Негру А. — Действенная роль стационара при амбулатории одного из каменноугольных предприятий области Решица 70

Гелертер И. — Личные черты Виктора Бабеша 79

РеФераты 94

PROECTUL DE DIRECTIVE ALE CONGRESULUI AL II-LEA AL PARTIDULUI CU PRIVIRE LA DEZVOLTAREA AGRICULTURII ÎN URMĂTORII 2-3 ANI ŞI SARCINILE CARE SE DESPRIND PENTRU ORGANELE DE OCROTIRE A SĂNĂTĂŢII

Una din principalele sarcini ale partidului şi guvernului în domeniul construcţiei economice o constituie organizarea creşterii puternice a producţiei agricole, pentru obţinerea, în următorii 2—3 ani, a unei abundenţe de produse necesare ridicării continue a nivelului de trai material şi cultural al celor ce muncesc la oraşe şi sate.

Această sarcină de seamă are o importanţă deosebită şi pentru orientarea măsurilor de ocrotire a sănătăţii în viitor.

În acest sens este deosebit de important ca acţiunile de punere în valoare a tuturor terenurilor, prin indiguiri, desecări, canalizări, defrişări, irigări, desţeleniri, amenajări şi altele să fie însoţite de măsuri complexe cu caracter curativo-profilactic şi mai ales igienico-sanitar. Ştim că asemenea acţiuni vor determina deplasări de oameni din teritorii cu potenţial epidemiologic diferit şi vor crea aglomerări de oameni cărora trebuie să li se asigure condiţii igenico-sanitare de muncă şi de trai şi o bună asistenţă medicală la locul de muncă.

Aplicarea diferitelor substanţe necesare îngrăşămintelor va cere de asemenea o supraveghere a acţiunii pe care acestea le pot avea asupra organismului uman.

Dezvoltarea creşterii animalelor va cere de asemenea organizarea unei bune profilaxii pentru cei care îngrijesc de animale. Se ştie că în aceste condiţii se pot transmite unele boli, ca bruceloza şi altele.

Mecanizarea muncilor agricole, care va aduce pe ogoare numeroase maşini agricole, va trebui însoţită de măsuri pe linia de protecţie a muncii prin organizarea instructajelor şi a educaţiei sanitare respective.

Proectul de directive mai prevede construirea de locuinţe, grupuri sociale, etc. Aci organele sanitare vor trebui să-şi spună cuvîntul lor hotărîtor pentru a asigura construirea acestora în cele mai bune condiţii igienice. Tot organele sanitare vor trebui să organizeze o supraveghere permanentă asupra alimentaţiei în general, a alimentaţiei cu apă, a salubrităţii din G.A.S., G.A.C. şi alte colectivităţi.

Asigurarea unei asistenţe medico-sanitare accesibile şi calificate care să se acorde tuturor celor care vor pune în aplicare Directivele reprezintă

o sarcină deosebit de importantă pentru organele ocrotirii sănătății și muncitorii sanitari din țara noastră.

Organizarea acestei asistențe medicale va cere pregătirea de cadre, construirea de unități medicale, preocurarea de aparatură, instrumentar medical și medicamente. De aceea prezintă un interes deosebit propunerea făcută cu ocazia discutării, de a se include în Proiectul de directive și un capitol special în acest sens cu sarcini concrete pentru Ministerul Sănătății și organele, instituțiile și cadrele în subordine.

Pentru ca organele de ocrotire a sănătății să-și desfășoare activitatea în cele mai bune condiții și cu cele mai bune rezultate este necesar ca activitatea institutelor de cercetări științifice să sprijine acțiunile importante ale ocrotirii sănătății populației din mediul rural.

Proiectul de directive al Congresului al II-lea al partidului cu privire la dezvoltarea agriculturii în următorii 2—3 ani ridică și problema aportului mare pe care-l va aduce obținerea unei abundențe de produse pentru îmbunătățirea condițiilor materiale și deci și pentru ridicarea stării de sănătate a populației.

Conștienți de sarcinile importante puse în fața muncitorilor sanitari de proiectul de Directive al Congresului, să pășim cu încredere și elan pe drumul îmbunătățirii sănătății poporului.

PRINCIPIILE DE BAZĂ ALE ORGANIZĂRII OCROTIRII SĂNĂTĂȚII POPULAȚIEI DIN MEDIUL RURAL

de prof. dr. THEODOR ILEA și prof. dr. LEONIDA GROM

Ocrotirea sănătății în patria noastră a devenit o acțiune încadrată într-un sistem organizatoric complex, bazat pe măsuri de stat și obștești, ce face parte integrantă din opera de construire a socialismului și de ridicare a nivelului cultural al maselor contribuind pe scară tot mai largă la această acțiune.

Caracterul *de Stat* al ocrotirii sănătății constituie baza de plecare pentru dezvoltarea instituțiilor medico-sanitare și aplicarea științifică a măsurilor pentru ridicarea nivelului sanitar, al condițiilor de muncă și trai.

Succesele obținute în anii regimului nostru de democrație populară în domeniul dezvoltării instituțiilor medico-sanitare, a îmbunătățirii formelor organizatorice și a metodelor de muncă, a dus la ridicarea continuă a calității deservirii medico-sanitare a populației.

In cadrul acestei acțiuni s-au obținut succese importante și în domeniul deservirii medico-sanitare a populației din mediul rural.

Măsurile de ocrotire a sănătății populației rurale, aplicate în cadrul condițiilor noi economico-sociale și culturale, au avut ca rezultat practic imediat îmbunătățirea indicilor de morbiditate și mortalitate.

Astfel, morbiditatea prin malarie a scăzut în 1953, în comparație cu 1944 — cu 98,5%, morbiditatea prin tifos exantematic cu 98,4%, iar prin scarlatină cu 43,5% în aceeași perioadă.

Nivelul mortalității generale în mediul rural a scăzut de la 100% în 1944 — la 70,5% în anul 1953 și al mortalității infantile în aceeași perioadă de la 100% la 62,6% iar al excedentului natural a crescut de la 100% la 308,5%.

★

Cu toate succesele obținute în domeniul ocrotirii sănătății populației rurale, se constată o rămînere în urmă a acesteia față de stadiul actual al dezvoltării agriculturii în patria noastră, față de cerințele mereu crescînde ale țărănimii muncitoare, cît și față de nivelul organizării asistenței medico-sanitare din orașe.

Aceasta se datorește în mare măsură faptului că în acțiunea de ocrotire a sănătății în mediul rural nu s-a urmărit cu suficientă perseverență

aplicarea unei juste linii organizatorice. In vederea îmbunătăţirii accesibilităţii asistenţei medicale în mediul rural, deşi s-a mărit numărul circumscripţiilor sanitare rurale, nu s-a dat suficientă importanţă consolidării organizatorice a acestora prin completarea posturilor vacante de medici şi personal mediu, dezvoltării şi întăririi punctelor de sănătate cu cadre medii. De asemenea, nu s-a asigurat înzestrarea unităţilor din circumscripţie şi în special a staţionarelor rurale, cu utilajul necesar.

La baza arondării circumscripţiilor nu au stat adeseori criterii ştiinţifice.

Lipsa mijloacelor de transport a constituit de asemenea un impediment pentru îmbunătăţirea accesibilităţii asistenţei medicale.

Circumscripţia sanitară rurală nu a fost privită în perspectiva dezvoltării, cu instituţia sa de bază : spitalul de circumscripţie.

Nu s-a rezolvat în cele mai bune condiţiuni deservirea unităţilor socialiste agricole cu asistenţă medicală accesibilă, creîndu-se unităţi centrale pentru unele G.A.S.-uri şi normate cu personal după numărul salariaţilor fără a ţine seama de dispersiunea acestora pe teritorii întinse.

De asemenea, nu s-a urmărit în mod coordonat apropierea asistenţei medicale de specialitate prin asigurarea funcţionării la sediul fiecărui raion a unui spital raional cu secţiile de bază.

In general se poate spune că în multe părţi ale ţării asistenţa medico-sanitară din mediul rural nu a devenit încă un sistem complex la care să participe, în sprijinul circumscripţiei sanitare rurale, unităţile de specialitate de la nivelul raionului şi regiunii.

Datorită deficienţelor de ordin organizatoric şi tehnic, în multe raioane ale ţării, asistenţa medicală din mediul rural nu este suficient de apropiată de locul de muncă şi trai, iar calitatea acesteia este la un nivel scăzut faţă de posibilităţile create de regimul de democraţie populară şi faţă de actualele cuceriri ale ştiinţei medicale.

★

Cu toată rămînerea în urmă a asistenţei medico-sanitare din mediul rural, caracterul de stat al ocrotirii sănătăţii şi grija permanentă a Partidului pentru bunăstarea poporului muncitor, oferă perspective largi pentru apropierea asistenţei medico-sanitare de cele mai îndepărtate colţuri ale ţării şi pentru ridicarea calităţii acesteia la nivelul cuceririlor actuale ale ştiinţei medicale.

In sprijinul acestei acţiuni, Plenara C.C. al P.M.R. din august 1953, trasează linia de dezvoltare a economiei noastre şi sarcinile ce revin organelor menite a contribui la ridicarea nivelului de trai al poporului muncitor.

In realizarea acestor sarcini legate de dezvoltarea agriculturii, de întărirea alianţei dintre clasa muncitoare şi ţărănimea muncitoare, un rol important revine organelor ocrotirii sănătăţii şi muncitorilor sanitari din mediul rural, care sînt chemaţi să asigure o asistenţă medico-sanitară accesibilă şi de bună calitate ţărănimii muncitoare, ţărănimii din G.A.C.-uri, muncitorilor din G.A.S. şi S.M.T.-uri.

Fără a neglija nici o clipă alte sectoare ale ocrotirii sănătăţii şi fără a pierde din vedere că baza mersului nostru înainte pe drumul construirii socialismului este şi rămîne industria grea, în etapa actuală trebuie con-

centrate toate eforturile pentru a lichida rămînerea în urmă a asistenței medico-sanitare din mediul rural.

Acțiunea de ocrotire a sănătății din mediul rural nu poate fi însă privită izolat, ruptă de sistemul general de ocrotire a sănătății. Numai în acest fel vom reuși să asigurăm o dezvoltare planică, armonioasă, a tuturor sectoarelor.

Asistența medico-sanitară din mediul rural în regimul socialist avînd o bază social-economică și o concepție cu totul diferită, se deosebește fundamental de organizarea burgheză.

În regimul socialist nu există deosebiri principiale în deservirea medico-sanitară a populației de la orașe și sate.

Principiile de bază ale ocrotirii sănătății socialiste sînt aceleași atît în mediul rural cît și în mediul urban. Ceea ce diferă însă într-o oarecare măsură, este modul de aplicare a acestor principii. Aceste deosebiri sînt determinate de particularitățile mediului rural și în primul rînd de dispersiunea populației în colectivități mici și distanțate, de căile de acces și mijloacele de transport mai dificile, de caracterul sezonier al muncilor agricole și de întinderea pe suprafețe mari ale locurilor de muncă, particularități care determină anumite deosebiri în forma organizatorică și în metodele de lucru.

Ocrotirea sănătății populației în mediul rural se bazează pe un sistem complex de organe de conducere și instituții de asistență medicală curativo-profilactică și sanitaro-antiepidemică situate la diferite nivele.

În cadrul lanțului de instituții medico-sanitare care fac parte din complexul sistemului de ocrotire a sănătății populației sătești, cea mai importantă verigă este *circumscripția sanitară rurală*. Ea este forma organizatorică de bază cea mai apropiată de populația rurală, menită să asigure în mod direct populației din mediul rural formele principale de asistență medico-sanitară atît în domeniul curativo-profilactic cît și în cel sanitaro-antiepidemic.

Spre deosebire de organizarea burgheză, noțiunea de circumscripție sanitară rurală, sarcinile, formele organizatorice și metodele de lucru ale acesteia, îmbracă în regimul socialist un conținut nou, avînd la bază principiile fundamentale ale ocrotirii sănătății. Ea nu este numai o formă organizatorică teritorială, ci o organizație medico-sanitară complexă, ce reunește într-un tot unic, sub conducerea medicului de circumscripție, toate instituțiile și cadrele circumscripției: dispensarul, staționarul de adulți și copii, casa de naștere, creșele permanente și sezoniere, căminele, punctele de sănătate conduse de felceri, oficianți sanitari și moașe, etc. Instituția de bază a circumscripției este dispensarul, dispensarul de staționar, sau spitalul de circumscripție cu ambulator, ca formă superioară și de perspectivă.

Întregul personal sanitar al circumscripției lucrează pe baza unui plan de lucru întocmit și urmărit de medicul de circumscripție în cadrul planului general al secției sanitare de raion.

Un rol deosebit de important în cadrul circumscripției sanitare rurale îl au punctele sanitare conduse de personal mediu. Ele constituie verigi importante pentru lărgirea activității dispensarului, acordarea asistenței premedicale și a primului ajutor, activitatea sanitaro-antiepidemică și munca de educație sanitară.

Superioritatea sistemului socialist de ocrotire a sănătății populației sătești constă și în faptul că circumscripția rurală nu este o unitate teritorială izolată. Ea nu este lăsată singură să se descurce cu propriile ei mijloace. La rezolvarea întregului complex de probleme ce-i revin ea este sprijinită în muncă de către spitalul raional, orășenesc și Sanepidul raional. Aceste instituții de specialitate au un rol metodologic deosebit de important. La rîndul lor ele sînt sprijinite în muncă de către instituțiile metodologice regionale și institutele de cercetări științifice

În conducerea întregului complex de instituții ce fac parte din sistemul de ocrotire a sănătății, secțiile sanitare raionale și regionale au un rol de îndrumare, coordonare și control, asigurînd dezvoltarea planică a instituțiilor în funcție de specificul local.

Sistemul de ocrotire a sănătății în mediul rural, formele organizatorice și metodele de lucru, urmăresc și apropie tot mai mult deservirea medico-sanitară de înaltă calitate de locul de muncă și trai al populației. În cadrul acestui sistem gruparea instituțiilor medico-sanitare în „orășenești" și „rurale" nu limitează drepturile populației rurale ci dimpotrivă, permite populației rurale să beneficieze de asistența medicală și în unitățile orășenești, iar circumscripția rurală o îndrumă și o ajută spre a-și valorifica aceste drepturi.

În cadrul acestui sistem de ocrotire a sănătății trebuie acordată o atenție deosebită deservirii medico-sanitare a muncitorilor din formațiunile socialiste din mediul rural (S.M.T., G.A.S., G.A.C., fabrici, unități forestiere, piscicole, etc.).

Ținînd seama de rolul conducător și hotărîtor în agricultură al S.M.T., se impune o atenție cu totul specială pentru deservirea cu asistență medico-sanitară de bună calitate a muncitorilor și specialiștilor din aceste unități, ce reprezintă detașamente înaintate ale clasei muncitoare în mediul rural.

Pentru aplicarea în practică a noii concepții organizatorice în ocrotirea sănătății din mediul rural trebuie să facem o cotitură atît în concepția noastră veche cît și în aplicarea în practică a noilor concepții. Acesta nu este un proces simplu ce se poate realiza de la o zi la alta.

Noi va trebui să avem în față experiența și formele organizatorice sovietice, dar în aplicarea lor să nu se procedeze mecanic ci să se țină seama de etapele de dezvoltare a statului nostru, a agriculturii noastre, de cadrele existente și posibilitățile în acest domeniu, de instituții și materiale, de problemele politice, economice și administrative, de experiența acumulată în practica ocrotirii sănătății populației sătești din patria noastră, sintetizînd și utilizînd părțile pozitive ale acestei experiențe.

Accesibilitatea asistenței medico-sanitare în mediul rural

Unul din principiile de bază ale ocrotirii sănătății în statul socialist este asigurarea unei asistențe medicale accesibilă, gratuită și de calitate.

În actuala etapă organizatorică, pe primul plan al preocupărilor organelor de conducere ale ocrotirii sănătății în cea mai mare parte a raioanelor, este *problema accesibilității,* adică aceea a asigurării unei asistențe medicale cît mai apropiate de fiecare sat, de fiecare unitate socialistă agricolă, de fiecare colectivitate muncitorească din mediul rural.

Paralel cu aceasta se ridică problema *îmbunătăţirii calităţii asistenţei medicale* pentru populaţia de la sate.

Realizarea în prima etapă a accesibilităţii asistenţei medicale calificate constituie baza de plecare pentru a doua etapă, aceea a asigurării asistenţei medicale *de specialitate* a populaţiei rurale.

Îmbunătăţirea accesibilităţii este cerută imperios de transformarea socialistă a agriculturii, de mecanizarea acesteia şi de exigenţele tot mai mari ale populaţiei care are un nivel cultural tot mai ridicat.

Pentru asigurarea accesibilităţii asistenţei medico-sanitare în mediul rural e necesar să existe o reţea dezvoltată de instituţii şi cadre medicale, reunite în forma organizatorică de bază care este circumscripţia sanitară rurală.

În anii puterii populare, s-a mers pe linia dezvoltării numerice a circumscripţiilor rurale. Numărul acestora a crescut din anul 1938 pînă în 1953 cu 96,8%. Azi avem în medie pe ţară un indice de locuitori pe o circumscripţie rurală bun, de 6.300 de locuitori, deci reţeaua de circumscripţii e suficient de bine dezvoltată.

Cu toate acestea, practica ne-a arătat că îmbunătăţirea accesibilităţii nu poate fi asigurată numai prin creşterea numărului de circumscripţii, ci prin asigurarea cadrelor medicale şi medii şi completarea posturilor vacante de la circumscripţii, îmbunătăţirea teritorializării acestora şi asigurarea mijloacelor de transport.

A. În privinţa *completării posturilor vacante* este însă mult de făcut. Măsura luată de Ministerul Sănătăţii, aceea de a trimite la stagiu în mediul rural absolvenţii anilor 1951, 1952, 1953 şi 1954 precum şi viitorii absolvenţi ai facultăţilor este de o importanţă deosebită şi în etapa actuală o considerăm ca fiind măsura cea mai însemnată.

În aplicarea cu succes a acestei Hotărîri şi pentru a nu produce perturbări în deservirea populaţiei orăşeneşti, e necesar să se urmărească concomitent o raţională aplicare a legii cumulului la oraşe, în sensul aplicării cumulului — în măsura posibilităţilor — pe acelaşi profil de muncă, la aceeaşi instituţie sau în orice caz la instituţii puţin distanţate între ele.

La îmbunătăţirea asistenţei medico-sanitare în mediul rural contribuie şi stabilitatea cadrelor. Aceasta se poate asigura prin măsuri menite a diminua fluctuaţia cadrelor, adică prin îmbunătăţirea continuă a condiţiilor de muncă şi a condiţiilor de trai pentru cadrele medico-sanitare care activează la sate.

Hotărîrea Consiliului de Miniştri cu privire la îmbunătăţirea sistemului de salarizare, a condiţiilor de trai şi de muncă ale personalului medico-sanitar şi farmaceutic, va contribui în mare măsură la soluţionarea acestei probleme.

B. În ce priveşte *problema teritorializării circumscripţiilor sanitare rurale,* (unul din factorii importanţi ai îmbunătăţirii asistenţei medico-sanitare la sate), cu toate arondările care s-au făcut pînă acum după criteriile cunoscute, acestea nu au fost respectate, astfel că şi azi — datorită variaţiunilor mari în ceea ce priveşte numărul populaţiei şi raza de acţiune a circumscripţiilor rurale, ignorării condiţiilor geofizice şi a direcţiei de gravitaţie naturală a populaţiei, nerespectării gradului de dezvoltare a sectorului socialist agricol şi neglijării gradului de densitate al populaţiei — problema accesibilităţii asistenţei medicale în multe regiuni şi raioane ale

țării încă nu este just rezolvată. Astfel, există încă numeroase circumscripții sanitare rurale cu peste 10—12 km rază maximă și peste 10.000 locuitori. De aceea, problema îmbunătățirii teritorializării circumscripțiilor sanitare rurale, prin rearondarea lor, se impune ca o măsură de primă urgență pentru îmbunătățirea accesibilității. Ministerul sănătății a început deja o acțiune sistematică în acest scop.

Concepția actuală asupra teritorializării circumscripției sanitare rurale aduce elemente în plus, de care trebuie să se țină seama la rearondarea circumscripțiilor.

1. In arondarea circumscripțiilor sanitare rurale trebuie să se țină seama de necesitatea apropierii asistenței medico-sanitare de unitățile socialiste din mediul rural și în primul rînd de S.M.T., de G.A.S. și de exploatările forestiere, ai căror muncitori sînt dispersați pe zeci de km. Această problemă nu este ușor de rezolvat. Ea ridică aspecte organizatorice complexe mai ales în legătură cu distribuirea rațională a forțelor existente de cadre și instituții medico-sanitare, în așa fel ca ele să poată deservi în cele mai bune condițiuni atît aceste unități cît și G.A.C.-urile, în teritoriile în care se află concomitent și unele și altele.

Este oare posibil a organiza asistența medicală în G.A.S. și în sectorul forestier după principiul organizării centraliste a asistenței medicale pentru întreaga unitate economică ca și la întreprinderile industriale, indiferent de dispersiunea ei? Experiența noastră și rezultatele cercetărilor făcute de Centrul de Organizare a Ocrotirii Sănătății și Istoria Medicinei în 16 G.A.S.* și 54 centre forestiere** ne demonstrează că asistența medicală a muncitorilor din aceste unități dispersate pe întinderi de zeci de km nu se poate asigura cu eficiență decît pe principiul deservirii teritoriale.

Deservirea medicală a muncitorilor din aceste unități se poate asigura de către instituția medicală cea mai apropiată, fie că e vorba de o instituție proprie, fie că e vorba de o instituție aparținînd circumscripției sanitare rurale.

a) Există numeroase instituții medicale de G.A.S. sau de exploatări forestiere aflate în aceeași localitate cu sediul unei circumscripții sanitare rurale. Deși aceste instituții, împreună cu cele ale circumscripției se găsesc pe același teritoriu, în cadrul aceleeași circumscripții, avînd de cele mai multe ori probleme comune sau interferente (copii, femei, probleme epidemiologice, etc.), totuși cadrele care deservesc aceste instituții privesc problemele lor în mod izolat, fără nici o legătură, fără nici o colaborare între ele.

Un alt aspect al problemei este paralelismul de rețele aparte în aceeași localitate (dubluri de medici, cadre medii, instituții, dotare) fără ca prin aceasta calitatea asistenței medicale și chiar accesibilitatea ei, să fie mai bune.

Dacă mai adăugăm și faptul că nu se poate asigura o funcționare simultană permanentă a ambelor rețele din cauza deplasărilor pe teren a cadrelor, și că foarte adesea sînt nevoite să se suplinească reciproc, ne apare clar justețea concepției sovietice după care acești medici trebuie să lucreze în comun, asigurînd deservirea comună a circumscripției.

De aceea la rearondarea circumscripțiilor în caz că mărimea și speci-

---

* Cercetări făcute de dr. Olteanu Mircea.

** Cercetare făcută de dr. Pereţianu Dinu și Voiculescu Mircea.

ficul unei unități socialiste care se află la sediul unei circumscripții reclamă existența unui punct de sănătate medical propriu, acesta să fie integrat cu tot ce îi aparține și să funcționeze în cadrul circumscripției respective, constituind împreună o circumscripție cu doi medici activînd — sub conducerea unuia dintre ei după un plan unic, urmărind obiectivele în comun, în instituții și cu mijloace comune.

In acest caz se creează o circumscripție sanitară mai puternică, mai bine dotată, cu posibilități de diferențiere a medicilor pe profilurile de bază și deci la ridicării calității asistenței medicale, se asigură permanența asistenței medicale precum și studierea problemelor unității socialiste în strînsă legătură cu problemele teritoriului de unde se recrutează în mare parte muncitorii unităților respective.

b) Dacă problemele unei unități socialiste care se găsește înafara sediului circumscripției și la distanță de aceasta, reclamă un punct de sănătate medical aparte, pentru o mai justă utilizare a cadrelor și a deservirii populației se impune crearea unei noi circumscripții sanitare rurale, independentă ca teritorializare, prin arondarea și includerea în teritoriul respectiv a comunelor învecinate cu unitatea socialistă respectivă.

„Este fără rost — spune G. A. Batkis — să mai existe înafara ambulatoriului de circumscripție un al doilea ambulatoriu. Intr-un asemenea caz este nevoie ca din această circumscripție să se formeze o circumscripție medicală nouă, independentă". Desigur că aceasta aduce după sine necesitatea rearondării circumscripției respective și a celor din jur.

Rezultă din cele de mai sus, că în general asistența medicală a unităților socialiste se acordă după principiul teritorial. In unitățile socialiste sau secțiile lor deservite de instituții medicale teritoriale trebuie organizate puncte de sănătate cu cadre medii.

c) Unitățile mari, ca fabrici și chiar unele G.A.S.-uri mari, compacte și izolate, pot face excepție de la aceste formule organizatorice avînd puncte de sănătate medicale proprii sau chiar forme organizatorice mai dezvoltate.

In mod asemănător trebuie privită și rearondarea circumscripțiilor pe teritoriul cărora sînt exploatări forestiere precum și deservirea medico-sanitară a acestora.

2. Din cercetările Centrului de Organizare a Ocrotirii Sănătății și Istoria Medicinei * rezultă că în arondarea circumscripțiilor sanitare rurale trebuie să ținem seama și de *existența spitalelor rurale.* Spitalele rurale trebuie să devină spitale de circumscripție și în mod treptat ele trebuie profilate pe cel puțin două specialități de bază — interne (cu paturi pentru pediatrie și contagioase) și chirurgie (cu paturi pentru obstetrică—ginecologie).

Circumscripțiile cu spitale, avînd doi sau mai mulți medici, pot fi mărite ca număr de populație și în oarecare măsură ca rază de acțiune, păstrînd totuși o rază maximă de aproximativ 10 km. Aceasta se realizează prin includerea în teritoriul circumscripției respective a comunelor din apropiere care gravitează în mod natural spre spital. In acest caz trebuie organizate punctele sanitare cu felceri și moașe în comunele mai mari și mai îndepărtate ale circumscripției. Aceasta impune desigur rearondarea circumscripțiilor învecinate.

* Cercetare făcută de dr. Bad Eugen.

Teritoriul de deservire al spitalului de circumscripţie poate depăşi raza circumscripţiei de reşedinţă. Acesta (spitalul) poate deveni centru organizatoric şi metodologic pentru 1—3 circumscripţii învecinate, deservind în acelaşi timp cu asistenţă medicală diferenţiată, — ambulatorie şi de staţionar — populaţia acestor circumscripţii care sînt afiliate spitalului.

In teritorializarea acestor circumscripţii trebuie să fim încă foarte prudenţi şi să nu aplicăm în mod mecanic şi formal experienţa unor spitale de circumscripţie sovietice (exemplu „Albino"). Ele sînt legate de existenţa colhozurilor comasate, a oraşelor colhoznice, a mijloacelor de transport de pe lîngă colhozuri, a unui nivel cultural-sanitar şi a unei apelabilităţi mai ridicate a populaţiei pentru asistenţă medicală.

3. Nu trebuie omis faptul că în jurul comunelor şi oraşelor care sînt sedii de raioane sau regiuni există localităţi apropiate ai căror locuitori gravitează exclusiv spre sediul raionului (interese economico-administrative) apelînd la asistenţa medicală ambulatorie şi de staţionar numai la spital — deşi localitatea respectivă aparţine altei circumscripţii spre care însă populaţia nu gravitează de loc. Practic aceste localităţi aparţin numai formal unei circumscripţii, ele în realitate fiind deservite — desigur numai pasiv — de spitalul raional.

Această stare de lucruri impune rearondarea circumscripţiilor învecinate cu reşedinţa de raion şi includerea localităţilor respective în teritoriul de deservire directă a spitalului raional sau orăşenesc, fie constituind circumscripţii suburbane, fie adăugîndu-se direct circumscripţiilor orăşeneşti, desigur urmînd acelaşi regim de deservire întocmai ca şi populaţia reşedinţei de raion. In plus ele vor trebui să fie asigurate cu cadre medii sanitare pentru acordarea primului ajutor şi a asistenţei premedicale.

4. Mai există cazul unor circumscripţii învecinate în care comunele sînt extrem de apropiate şi numai numărul mare de populaţie a impus creearea a două circumscripţii, care uneori au acelaşi sediu sau sînt situate în comune vecine. In aceste cazuri rearondarea poate duce la fuzionarea lor şi crearea unei singure circumscripţii cu doi medici, pe două profiluri.

Cu ocazia rearondării după aceste principii, este posibil ca în unele regiuni să rezulte o uşoară creştere sau scădere a numărului de circumscripţii sanitare rurale.

In general credem că nu este just să se considere că rearondarea circumscripţiilor sanitare rurale va constitui o rezervă internă de cadre care vor deveni disponibile spre a înstări anumite unităţi. Cadrele medicale care *aparent* vor deveni disponibile vor fi destinate să dubleze sau să întărească unităţile ce vor deservi *aceeaşi* populaţie.

Ceea ce trebuie subliniat ca un element de mare importanţă cu ocazia rearondării, este fixarea sediului circumscripţiei şi a punctului de sănătate, adică o bună poziţie a dispensarului de circumscripţie. Factorul economic, cultural şi administrativ împreună cu direcţia de gravitaţie naturală a populaţiei trebuie să constituie criteriile de bază pentru alegerea comunei de reşedinţă. Aceasta primează uneori chiar şi faţă de factorul căi de comunicaţie. In alegerea sediului circumscripţiei trebuie să avem în vedere şi perspectiva dezvoltării economice a teritoriului, a colectivizării, deoarece nerespectarea şi a acestui criteriu va duce la mutarea sediului circumscripţiei de la an la an, ceea ce va constitui o piedică în crearea de unităţi puternice şi permanente şi va produce risipă de cheltuieli. In orice caz, la alegerea sediului

circumscripției, trebuie să se țină seama de existența S.M.T.-urilor și G.A.S.-urilor.

C. Un alt factor important pentru îmbunătățirea accesibilității asistenței medicale în mediul rural este *asigurarea mijloacelor proprii de transport* pentru medicul de circumscripție, ceea ce se va și realiza în parte încă în cursul acestui an prin măsurile luate de către Ministerul Sănătății.

D. O verigă importantă în îmbunătățirea accesibilității asistenței medico-sanitare în mediul rural este *punctul sanitar*. Acesta constituie o poziție înaintată a circumscripției sanitare rurale, prin care se rezolvă o serie de probleme în satele și mai ales în unitățile sectorului socialist.

Problema punctelor sanitare a fost neglijată, ba în unele locuri chiar uitată de către organele de conducere ale ocrotirii sănătății.

Punctele sanitare trebuie dezvoltate și întărite. Linia de dezvoltare trebuie să fie aceea a organizării de puncte sanitare mixte cu felceri și moașe.

Cadrul mediu sanitar și în special felcerul este cel mai apropiat ajutor și colaborator al medicului de circumscripție. El este organul ce execută în mod direct și nemijlocit dispozițiile și recomandările medicului într-o serie de probleme.

Sub conducerea medicului de circumscripție acesta rezolvă asistența premedicală pentru diferitele cazuri de boală și traumatisme, rezolvă mare parte din complexul măsurilor sanitaro-antiepidemice din mediul rural și mai ales din unitățile socialiste agricole, în vederea ridicării nivelului sanitar al condițiilor de muncă și trai.

II. *Asistența medicală de calitate*

Dispensarul circumscripției sanitare rurale are sarcina asigurării asistenței medicale calificate în mediul rural.

In perspectiva îmbunătățirii calității asistenței medicale la nivelul circumscripției rurale, circumscripția cu dispensar, care asigură deci numai asistența medicală ambulatorie, este o formă organizatorică învechită, înapoiată. Ea nu mai corespunde exigențelor crescute ale populației rurale și posibilităților științei medicale, neputînd asigura asistența diferențiată.

A. Crearea spitalului de circumscripție cu ambulator deservit de doi sau mai mulți medici, este forma organizatorică de perspectivă a circumscripției sanitare rurale. Această formă organizatorică ar răspunde dezideratului ca asistență medicală diferențiată sau chiar de specialitate să se asigure nu numai la nivelul instituțiilor raionale și orășenești ci cît mai aproape de locul de muncă și trai, adică chiar la nivelul circumscripției. Aceasta ar constitui un pas important pentru ridicarea la un nivel cît mai înalt a asistenței medicale la sate.

Majoritatea circumscripțiilor noastre sanitare rurale sînt astăzi fie circumscripții cu dispensar, fie circumscripții cu dispensar și staționare (case de naștere, staționare de adulți, dispensare de copii cu staționar). Pe teritoriul unui număr mai redus de circumscripții se află spitale rurale din care 65% sînt diferențiate pe 2 sau mai multe profiluri.

In marea lor majoritate ele nu sînt teritorializate.

In vederea îmbunătățirii calității asistenței medicale în mediul rural se impune consolidarea organizatorică a circumscripției rurale, întărirea ei.

In acest scop se impune regruparea micilor staţionare (de adulţi, de copii şi casele de naştere) ale circumscripţiei în cadrul unor localuri corespunzătoare, precum şi o mai bună utilizare a lor, în vederea creerii nucleului viitorului spital de circumscripţie. Chiar unde aceasta nu este posibil, toate staţionarele circumscripţiei trebuie perfect încadrate în sistemul de lucru al circumscripţiei, inclusiv dispensarul de copii cu staţionar.

Spitalele rurale trebuie transformate în spitale de circumscripţie. Odată cu organizarea lor pe cel puţin 2 profiluri de specialitate, ele trebuie teritorializate astfel ca să deservească cu asistenţă medicală diferenţiată sau de specialitate (ambulatorie şi de staţionar) 1—3 circumscripţii apropiate, care pot fi afiliate acestui spital.

In acest mod spitalul poate deveni o mică unitate metodologică pentru teritoriul respectiv.

In reorganizarea circumscripţiei sanitare rurale şi dezvoltarea acesteia spre tipul superior al circumscripţiei cu spital, trebuie să ţinem seama cu multă grijă de etapa dezvoltării economiei noastre rurale cît şi de posibilităţile de cadre existente.

Desigur că în faţa alternativei de a asigura spitalelor raionale secţiile de specialitate de bază sau de a transforma actualele spitale mixte din mediul rural în spitale cu 2 profiluri, şi de a mări secţiile de specialitate în spitalele rurale (care au de acum cîteva secţii de specialitate), prima alternativă primează. Nu poate fi la nici un caz justă tendinţa de a coborî cu organizarea asistenţei medicale de specialitate mai jos de raion, pînă nu se asigură mai întîi această asistenţă la nivelul tuturor raioanelor.

B. O altă cale care contribuie la îmbunătăţirea calităţii asistenţei medicale la nivelul circumscripţiei rurale este aceea a înzestrării instituţiilor circumscripţiei cu aparatură şi utilaj şi în mod treptat cu mici laboratoare clinice, creînd astfel o puternică bază materială, un mijloc important pentru acordarea unei asistenţe medicale de un nivel calitativ superior.

C. In problema asistenţei medicale de calitate pregătirea medicului de circumscripţie trebuie să stea în centrul preocupărilor noastre.

El nu este un internist ca şi medicul circumscripţiei orăşeneşti, ci el trebuie să cunoască toate sectoarele de activitate medicală, avînd sarcina să acorde în primul rînd asistenţa medicală in cazurile de boli interne şi infecţioase, asistenţa la naştere, asistenţa curativo-profilactică a copilului, activitatea igienico-sanitară şi antiepidemică precum şi asistenţa medico-chirurgicală de urgenţă. In pregătirea studenţilor în facultăţile de medicină generală care vor fi repartizaţi la circumscripţiile rurale, trebuie să se ţină seama de aceste sarcini.

Desigur, acolo unde se ridică problema organizării de circumscripţii cu doi medici, aceştia trebuie profilaţi pe două specialităţi de bază, iar cînd această formă organizatorică se va extinde în mod treptat la noi în ţară, se va pune problema unui alt profil al învăţămîntului de anul VI. De aceea, planul de învăţămînt trebuie să ţină seama în mod permanent de nevoile asigurării asistenţei medicale a populaţiei iar profilarea anului VI să ţină seama an de an de necesităţile imediate ale sănătăţii publice.

In vederea îmbunătăţirii calităţii asistenţei medicale la sate, problema ridicării continuie a nivelului profesional al medicilor de circumscripţie şi al cadrelor medii precum şi recalificarea lor pe anumite profiluri de speciali-

tate, are o importanţă deosebită. Spitalele raionale şi regionale au un rol important în calificarea cadrelor medico-sanitare de la nivelul circumscripţiei.

Atît în pregătirea de bază a studenţilor în facultăţi cît şi în diferitele forme de ridicare a nivelului profesional al medicilor, să nu se piardă nici un moment din vedere faptul că, în statul de democraţie populară, atît medicul în general cît mai ales medicul de circumscripţie rurală trebuie să fie în acelaşi timp *şi* un organizator al ocrotirii sănătăţii.

Numai un medic cu serioase cunoştinţe de organizare sanitară şi statistică sanitară poate aplica pe scară cît mai largă şi cu maximum de eficienţă cunoştinţele sale medicale în vederea ocrotirii sănătăţii populaţiei.

El trebuie să aibă o corectă evidenţă a principalelor probleme de sănătate publică şi a activităţii din circumscripţie, să ştie să analizeze în mod corect, ţinînd seama de factorii sociali-economici, starea de sănătate a populaţiei, mişcarea demografică, morbiditatea şi dezvoltarea fizică. Numai pe baza unei juste analize a stării de sănătate, corelată cu studiul eficienţei activităţii instituţiilor medico-sanitare din circumscripţie, medicul de circumscripţie va putea întocmi un plan de dezvoltare şi un plan de activitate bazat pe realităţile concrete ale teritoriului deservit.

III. *Asistenţa medicală de specialitate*

Rezolvarea problemei accesibilităţii unei asistenţe medicale de bună calitate şi asigurarea asistenţei de urgenţă constituie prima etapă a organizării ocrotirii sănătăţii populaţiei din mediul rural şi baza de plecare pentru organizarea asistenţei medicale de specialitate. Desigur că şi asistenţa medicală de specialitate trebuie să fie cît mai accesibilă, cît mai apropiată de locul de muncă şi trai al populaţiei sătesti. Aceasta se poate asigura de către spitalele din oraşele reşedinţă de regiune, de către spitalele de la reşedinţele de raion şi chiar de către multe spitale de circumscripţie organizate pe secţii de specialitate.

Deşi spitalele orăşeneşti sînt organizate azi pentru a deservi numai populaţia orăşenească, totuşi numărul de paturi din aceste spitale în general depăşeşte nevoile reale ale populaţiei orăşeneşti.

In prezent populaţia rurală din R.P.R. beneficiază într-o mare măsură de asistenţă medicală de specialitate (ambulatorie şi de staţionar), acordată de spitalele orăşeneşti de la reşedinţa regiunii. Astfel, în trimestrul I al anului 1954 Spitalul Unificat Nr. 1 din Oraşul Stalin a acordat în 47,6% din cazuri consultaţii populaţiei dinafara teritoriului oraşului, iar 73,4% din totalul bolnavilor ieşiţi din staţionar în aceeaşi perioadă de timp sînt extrateritoriali. In Spitalul unificat Nr. 2 din acelaşi oraş, consultaţiile pentru extrateritoriali reprezintă 24,9% din total, iar internările 45,6% în trimestrul I 1954.

Cu toate aceste multiple posibilităţi de asistenţă medicală la nivelul regiunii, totuşi populaţia este din ce în ce mai exigentă şi cere apropierea asistenţei medicale de specialitate.

Etapa imediat următoare trebuie deci să fie coborîrea asistenţei medicale de specialitate la nivelul raioanelor. Desigur că în oraşele reşedinţă de raion — foste capitale de judeţ — există spitale cu toate specialităţile, care pot asigura în cele mai bune condiţiuni deservirea populaţiei rurale cu asis-

tență medicală de specialitate ambulatorie și mai ales de staționar, la un înalt nivel științific, bazată pe cele mai noi cuceriri ale științei medicale. Așa, de exemplu, în primul trimestru al anului 1954, la Spitalul Unificat Sibiu consultațiile pentru extrateritoriali reprezintă 35,7%, iar internările 42,8% ; la Spitalul Unificat Roșiori de Vede consultațiile 25,9%, internările 62,4% ; la Spitalul Unificat Lugoj consultațiile 20%, iar internările 52,5% pentru extrateritoriali.

Cu toate condițiile bune oferite de spitalele de la reședința regiunilor și de multe spitale raionale, analizînd situația pe țară vom constata multe lipsuri în ce privește deservirea cu asistență medicală de specialitate la nivelul raionului.

Astfel, din cele 183 raioane din țară, un număr de 95 (52%) au la reședință spitale cu 5 și peste 5 secții de specialitate, deci populația acestora poate beneficia de asistență medicală de specialitate ambulatorie și de staționar pentru specialitățile principale. Populația rurală din celelalte 88 raioane (48%) are la dispoziție la nivelul raionului doar spitale cu 4 și sub 4 secții, spitale mixte sau — în puține cazuri — nu are nici un fel de spital. Deci populația acestor raioane nu poate beneficia de o asistență medicală în toate specialitățile de bază necesare (interne, contagioase, chirurgie, obstetrică-ginecologie, pediatrie și consultații de stomatologie). Din aceste 88 raioane un număr de 20 spitale (22,7%) dispun de 4 secții, 37 spitale (42,1%) au doar cîte 3 secții, 9 spitale (10,2%) au cîte 2 secții, 6 spitale (6,8%) sînt spitale mixte iar 16 raioane (18,2%) nu au nici un spital pe teritoriu. Rezultă deci că populația a 25% din grupul celor 88 raioane nu poate beneficia de nici un fel de asistență medicală de specialitate la nivelul raionului.

Dacă la aceasta mai adăugăm și faptul că în 20 raioane, spitalele existente nu se află la reședința de raion, rezultă că în 36 reședințe de raion (40% din cele 88 raioane fără specialități de bază sau 19% din toate raioanele țării) sînt lipsite de spitale cu secții de specialitate la reședință.

Apare deci evident că problema asigurării asistenței medicale de specialitate accesibilă la nivelul raionului este departe de a fi rezolvată.

Secțiile de bază care lipsesc în cea mai mare proporție sînt cele de ginecologie-obstetrică (în 51 de spitale), de pediatrie (în 17 spitale) și de chirurgie (în 11 spitale).

Această situație ne indică faptul că încă nu am ajuns în etapa de a coborî asistența medicală de specialitate mai jos de raion, și că în primul rînd problema va trebui rezolvată la acest nivel (raion).

Cu toate acestea noi avem 167 spitale rurale (în localități nereședință de raion) din care 65% au cîte 2 sau mai multe secții de specialitate. Din acestea un număr de 20 spitale îndeplinesc funcția de spitale raionale. Dispunem de asemenea de 168 dispensare de copii cu staționar în mediul rural. A merge mai departe pe linia de a crea secții de specialitate la spitalele rurale creînd în același timp noi dispensare de copii cu staționar în mediul rural (înainte de a avea spitale la sediul tuturor raioanelor cu cele 5 specialități de bază), credem că nu este cea mai justă soluție pentru îmbunătățirea accesibilității asistenței medicale de specialitate pentru populația rurală.

Paralel cu crearea și dezvoltarea spitalelor raionale, pentru a avea în toate raioanele țării spitale cu cele 5 secții de bază se ridică și sarcina consolidării acestora, adică a întăririi spitalului raional.

In acest scop este necesar să se concentreze toate instituţiile curativo-profilactice raionale în cadrul spitalului raional, sub o singură conducere.

De asemenea se impune dotarea acestora cu aparate Röntgen, laboratoare şi încadrarea cu specialişti.

Posibilităţile bugetare ale Ministerului Sănătăţii pe anul 1954 permit îmbunătăţirea bazei materiale a unităţilor din mediul rural. Pe lîngă faptul că bugetul pentru ocrotirea sănătăţii în R.P.R. a crescut în 1954 cu 40%, Consiliul de Miniştri a aprobat un fond special pentru întărirea unităţilor sanitare din mediul rural.

Crearea şi dezvoltarea spitalelor din localităţile reşedinţă de raion şi existenţa spitalelor unificate în oraşele reşedinţă de regiune şi raioane, încă nu rezolvă în suficientă măsură problema.

Am văzut că asistenţa medicală în mediul rural reprezintă un sistem în care sînt angrenate instituţiile circumscripţiei, cele raionale şi regionale. De aceea, un prim pas spre îmbunătăţirea asistenţei la sate este modificarea conţinutului şi metodelor de muncă ale spitalelor raionale şi regionale şi transformarea lor în centre metodologice şi organizatorice pentru unităţile subordonate.

Prin această transformare a conţinutului muncii spitalelor orăşeneşti şi a spitalelor din localităţile reşedinţă de raion, ele nu se vor mai limita ca pînă acum la acordarea în mod pasiv a unei asistenţe medicale de specialitate ambulatorie şi mai ales de staţionar pentru populaţia din mediul rural. Prin aceasta se va crea o ierarhizare a unităţilor şi se va realiza încadrarea lor în acest sistem complex funcţional.

Spitalele regionale ca centre metodologice trebuie să sprijine munca spitalelor raionale, iar acestea la rîndul lor să îndrumeze munca circumscripţiilor rurale. Acest sprijin nu poate fi întîmplător şi sporadic. El trebuie organizat sistematic şi planificat, el trebuie acordat în mod continuu şi operativ în munca de zi cu zi.

Organizarea acestor instituţii ca centre metodologice, va face posibilă aplicarea unuia din principalele mijloace de ridicare a calităţii asistenţei medicale a oamenilor muncii din agricultură : acela al recalificării şi specializării cadrelor de la spitalele raionale şi al ridicării nivelului profesional al medicilor, felcerilor, surorilor şi celorlalte cadre din circumscripţia sanitară rurală.

Volumul şi complexitatea muncii medico-sanitare la nivelul circumscripţiei sanitare rurale, polivalenţa acestei munci şi cîteodată insuficienta pregătire profesională şi lipsa de experienţă a medicului de circumscripţie, necesită organizarea unei îndrumări sistematice şi a unui ajutor tehnic practic în muncă pentru medicii de circumscripţie rurală.

Această sarcină organizatorico-metodologică deosebit de importantă revine în primul rînd spitalului raional.

Spitalele existente, chiar în actuala lor structură şi concepţie organizatorică (de spitale orăşeneşti), pot contribui în mod substanţial — fără să dăuneze actualei lor munci de bază — la realizarea acestui important obiectiv.

Mai mult chiar, spitalele actuale de la nivelul raionului, prin părăsirea atitudinii lor pasive faţă de problemele curativo-profilactice ale populaţiei rurale, prin crearea de legături strînse cu circumscripţiile sanitare rurale — pe lîngă îmbunătăţirea calităţii asistenţei medicale acordată de acestea —

îşi vor îmbunătăţi şi propria lor muncă (din punct de vedere al randamentului şi calităţii ei) prin organizarea mai justă a îndrumării bolnavilor către spital şi prin utilizarea mai raţională a paturilor din spitalul raional.

Pentru aceasta însă este necesar ca fiecare specialist de la nivelul spitalului raional, adică medicul şef de secţie şi medicul primar, să devină organizatorul asistenţei curativo-profilactice în specialitatea respectivă, pedagogul cadrelor medicale şi cercetătorul stării de sănătate a populaţiei nu numai la nivelul oraşului respectiv, ci pentru întreg teritoriul raionului.

In vederea realizării acestui obiectiv este necesară ducerea unei munci sistematice pentru ridicarea nivelului cunoştinţelor profesionale ale medicilor de circumscripţie, îndrumarea practică şi organizarea muncii lor precum şi preocuparea pentru crearea condiţiilor materiale necesare desfăşurării muncii medicale la acest nivel.

Dar pentru ca spitalul raional să devină un bun centru organizatoric şi metodologic, el trebuie să fie sprijinit de un spital regional avînd atribuţiuni similare faţă de spitalul raional.

Trebuie însă analizate cu grijă condiţiile organizatorice pe care aceste instituţii trebuie să le îndeplinească pentru a putea duce această muncă. In nici un caz nu putem pune problema atribuirii acestor funcţiuni în cazul în care ele reclamă cadre în plus pînă cînd vom rezolva în primul rînd problema accesibilităţii unei asistenţe medicale de bună calitate în mediul rural şi organizarea spitalului raional pe secţiile de bază. A nu ţine cont de această succesiune de etape înseamnă a crea unităţi de suprastructură care — neavînd încă o reţea de bază bine organizată — vor fi lipsite de obiectul de lucru (nu vor avea ce îndruma) sau, încercînd singure să suplinească lipsurile şi golurile reţelei de bază se vor îneca şi munca lor va fi ineficientă.

Deservirea medico-sanitară a S.M.T. şi G.A.S.

In organizarea asistenţei medicale curativo-profilactice din mediul rural grija pentru unităţile sectorului socialist trebuie să stea pe primul plan. Mecanizarea agriculturii cere îmbunătăţirea accesibilităţii şi calităţii asistenţei medico-sanitare şi a asistenţei de specialitate, în vederea îngrijirii preferenţiale a sănătăţii mecanizatorilor şi a fruntaşilor în agricultură, ţinînd seama de rolul economic deosebit de important al S.M.T.-urilor.

In multe S.M.T.-uri, G.A.S.-uri şi unităţi forestiere a fost neglijată organizarea metodică şi permanentă a asistenţei medico-sanitare.

Incercările Ministerului Sănătăţii şi ale celorlalte Ministere interesate de a organiza o asistenţă medicală proprie pentru aceste unităţi extrem de dispersate, nu au dat rezultatele aşteptate. Unităţile sanitare proprii ale G.A.S.-urilor şi centrelor forestiere nu au putut să cuprindă problemele tuturor secţiilor aflate la distanţe de zeci de km de centru şi mai ales problemele de asistenţă medicală care, practic, au rămas în seama medicilor de circumscripţie teritorială. Aceştia la rîndul lor nu au fost antrenaţi cu suficientă responsabilitate în problemă, avînd adesea o atitudine pasivă, considerînd aceasta ca o problemă care nu le aparţine, — atîta timp cît aceste unităţi aveau medic, cadre medii şi instituţii proprii.

Reorganizarea asistenţei medico-sanitare a unităţilor agricole socialiste urmează să se facă pe principiul deservirii teritoriale (pe circumscripţie), şi nu pe sistemul centralist, care nu a dat rezultate, aşa cum s-a mai arătat.

In cadrul acestor formaţiuni trebuie organizate puncte de sănătate cu felceri, bine dotate, încadrate în sistemul organizatoric al circumscripţiei.

Instituţiile de specialitate raionale, orăşeneşti şi regionale, încadrate în sistemul complex de deservire activă cu asistenţă medico-sanitară a populaţiei din mediul rural, trebuie să-şi îndrepte în primul rînd atenţia spre deservirea acestor formaţiuni.

Ocrotirea mamei şi copilului

In mediul rural trebuie să se acorde o atenţie deosebită problemei ocrotirii mamei şi a copilului.

In etapa actuală considerăm că nu crearea a noi dispensare de copii cu staţionar în mediul rural este calea de rezolvare a problemei.

Ca şi în problema generală a asigurării asistenţei medicale a populaţiei, şi în această problemă e cazul să se meargă pe linia asigurării în primul rînd a unei asistenţe medicale accesibile şi de bună calitate şi spre asigurarea secţiilor de specialitate, bine organizate, la nivelul spitalului raional.

Pediatrul de raion, lipsit de o bază spitalicească, nu-şi justifică în suficientă măsură existenţa.

Odată rezolvată această problemă, se va putea trece la coborîrea asistenţei medicale de specialitate la nivelul circumscripţiei rurale.

Ceea ce e de accentuat aici este că instituţiile de specialitate trebuie să fie create în primul rînd în cadrul spitalelor rurale existente, fără a neglija bine înţeles teritoriile cu morbiditate şi mortalitate infantilă ridicate.

Indiferent unde se vor crea aceste unităţi, ele trebuie încadrate organic în circumscripţiile sanitare rurale şi totodată ele trebuie bine teritorializate.

Eforturi tot mai mari trebuie făcute pentru crearea de creşe şi cămine de zi sezoniere în G.A.S.-uri şi G.A.C.-uri.

Dispensarizarea copiilor în mediul rural trebuie să fie una din metodele de lucru utilizate pe scară tot mai largă în acţiunea de ocrotire a sănătăţii copilului.

In problema *asistenţei la naştere,* — paralel cu dezvoltarea caselor de naştere, — crearea secţiilor de obstetrică şi ginecologie la spitalele raionale trebuie să constituie o preocupare de seamă, cu atît mai mult cu cît tocmai dezvoltarea acestui sector a rămas cel mai mult în urmă şi cu cît remarcabila dezvoltare a caselor de naştere în mediul rural, impune existenţa la nivelul raionului a unor secţii de specialitate care să se preocupe de îndrumarea metodologică a acestora şi să asigure asistenţa chirurgicală de urgenţă în cazurile obstetricale şi ginecologice.

In centrul preocupărilor noastre mai trebuie să stea şi combaterea cu energie a avorturilor criminale.

Orientarea profilactică

Orientarea profilactică, care constituie unul din principiile de bază ale ocrotirii sănătăţii în R.P.R., trebuie să pătrundă tot mai adînc şi în munca instituţiilor rurale.

Profilaxia socială — măsurile de îmbunătăţire a condiţiilor de muncă şi trai în mediul rural, mai ales în unităţile socialiste agricole — trebuie

să fie însoţită de măsuri sanitaro-antiepidemice, menite a ridica nivelul sanitar al populaţiei rurale şi de măsuri de prevenire a bolilor epidemice şi de lichidare a focarelor epidemice şi endemice. Aceasta constituie una din cele mai importante probleme din mediul rural, mai ales în sectorul socialist agricol (S.M.T., G.A.S., G.A.C.), unde se pune deosebit de acut problema ridicării nivelului sanitar, a condiţiilor de muncă şi de trai ale muncitorilor.

Traducerea în viaţă a acestor măsuri este asigurată de legislaţia sanitară şi legislaţia muncii. Controlul şi supravegherea îndeplinirii lor revine Inspecţiei Sanitare de Stat şi Sectorului Sanitaro-Antiepidemic, cu larga şi activa participare a instituţiilor curativo-profilactice şi a maselor largi ale populaţiei.

Organele noastre superioare nu au acordat suficientă atenţie dezvoltării reţelei sanitaro-antiepidemice raionale, încadrării sanepidurilor raionale cu cadre de specialitate şi dotării lor cu laboratoare. Există încă şi astăzi un număr de peste 70 raioane fără sanepid.

Chiar sanepidurile raionale existente nu au peste tot asigurată o bază ştiinţifică de lucru, iar din cauza lipsei mijloacelor de transport, multe din ele au luat un caracter birocratic, planificînd activitatea lor doar pe bază de rapoarte, fără a cunoaşte în suficientă măsură realităţile de pe teren. Sanepidurile raionale nu coboară în suficientă măsură la nivelul circumscripţiilor şi nu sprijină munca lor. În măsură cu totul insuficientă au devenit ele unităţi metodologice şi de cercetare tehnică în sprijinul circumscripţiilor sanitare rurale.

Hotărîrea Ministerului Sănătăţii de a dota Sanepidurile raionale cu mijloace de transport şi aplicarea, începînd cu semestrul II.1954, a unui sistem de evidenţă şi raportare elaborat de Centrul de Organizare a Ocrotirii Sănătăţii şi Istoria Medicinei, va duce cu siguranţă la simplificarea muncii, la o mai bună evidenţă şi cunoaştere a obiectivelor de pe teren.

În cadrul acţiunii pentru întărirea circumscripţiei sanitare rurale un loc important trebuie să-l ocupe organizarea pe baze ştiinţifice a acţiunii sanitaro-antiepidemice.

Pentru degrevarea medicului de circumscripţie de o serie de probleme de ordin sanitar, care nu necesită muncă medicală şi pentru ridicarea tehnicităţii muncii sanitaro-antiepidemice la nivelul circumscripţiei rurale, este necesar ca sanepidurile — cu sprijinul medicilor de circumscripţie — să se preocupe de organizarea activelor sanitare şi să asigure completarea posturilor de felceri igienişti.

Fără organizarea şi conducerea sistematică a acestei reţele munca sanitaro-antiepidemică va fi o problemă greu de rezolvat în mediul rural.

O altă latură a profilaxiei, care trebuie să-şi deschidă drum din ce în ce mai larg în mediul rural, este *profilaxia curativă*. Ea se realizează în cele mai bune condiţiuni prin aplicarea metodei dispensarizării. Rezolvarea acestei probleme se efectuează de către întreaga reţea de instituţii curativo-profilactice, cu participarea activă a sectorului sanitaro-antiepidemic.

În mod curent se aplică chiar şi azi în mediul rural într-o oarecare măsură metoda dispensarizării în prevenirea şi combaterea tuberculozei şi sifilisului, precum şi în ocrotirea mamei şi copilului. În această acţiune medicul de circumscripţie este cu totul insuficient ajutat de spitalul raional şi sanepidul raional.

Astăzi se discută din ce în ce mai mult extinderea dispensarizării în

mediul rural şi la alte grupe de bolnavi şi de populaţie. E vorba de dispensarizarea muncitorilor din G.A.S. şi S.M.T.

Aceasta necesită însă asigurarea prealabilă a accesibilităţii asistenţei medico-sanitare în mediul rural, precum şi existenţa spitalului raional cu secţiile de bază şi a funcţionalităţii lui ca centru metodologic.

De asemenea este necesară existenţa sanepidului raional.

Incadrarea acestor instituţii cu medici specialişti, dotarea lor precum şi a instituţiilor circumscripţiei rurale cu aparatură de diagnostic şi tratament şi cu alt utilaj medical şi de laborator, constituie de asemenea o condiţie materială necesară.

Acolo unde există sau unde se pot crea aceste condiţii, metoda dispensarizării — care în mediul rural îmbracă un aspect aparte — *poate* fi aplicată.

Introducerea acestei metode noi de muncă va trebui sprijinită prin generalizarea iniţiativei creatoare a medicilor din teren. A nu respecta aceste condiţii înseamnă a vorbi în mod formal despre aplicarea dispensarizării în mediul rural. Azi, în multe raioane ale ţării, — după cum s-a arătat — nu există aceste condiţii de bază. Ele trebuie create în prealabil.

★

Pentru ca activitatea practică de ocrotire a sănătăţii în mediul rural să se desfăşoare cu maximum de eficienţă, ea trebuie să se sprijine pe cele mai noi cuceriri ale ştiinţei medicale. In acest scop institutele de cercetări ştiinţifice şi instituţiile regionale trebuie să-şi dezvolte cercetările privitoare la cunoaşterea patologiei locale, a condiţiilor de muncă şi de trai şi să sprijine instituţiile rurale cu metode noi de investigaţie, de diagnostic, tratament şi profilaxie.

★

Munca instituţiilor medico-sanitare din mediul rural, nu se poate dezvolta cu eficienţă decît sprijinindu-se în măsură largă pe participarea activă şi conştientă a maselor largi populare la acţiunea de ocrotire a sănătăţii, în special la activitatea sanitaro-antiepidemică. Rolul maselor largi populare este deosebit de important în reducerea morbidităţii şi întărirea sănătăţii.

Antrenarea maselor largi populare se realizează printr-o sistematică acţiune de educaţie sanitară.

★

Nu putem încheia fără a sublinia că în cadrul organizaţiei sanitare a ţării, organul operativ menit să asigure unitatea de conducere în ocrotirea sănătăţii populaţiei de pe teritoriul său — prin intermediul circumscripţiilor sanitare rurale, a organelor şi instituţiilor de specialitate — trebuie să fie Secţia Sanitară de raion. Secţia Sanitară de raion se sprijină pe spitalul şi sanepidul raional.

In cadrul organizării sanitare a raionului apar deci pe primul plan trei figuri principale : medicul şef al Secţiei Sanitare raionale, medicul şef al spitalului raional şi medicul şef al sanepidului.

Întărirea organizatorică a Secției Sanitare raionale și calificarea ca organizatori de sănătate a medicilor șefi de raion trebuie să constituie o preocupare importantă pentru organele superioare.

De o deosebită importanță este de asemenea ridicarea nivelului cunoștințelor organizatorice ale cadrelor de conducere ale spitalelor și sanepidurilor raionale și ale spitalelor rurale, fără de care nu se poate realiza încadrarea acestor instituții în sistemul complex al ocrotirii sănătății populației rurale.

De alegerea justă a acestor cadre de conducere, de calitatea muncii lor, va depinde bunul mers al activității de ocrotire a sănătății și executarea sarcinilor trasate de Partid și Guvern.

Pe baza acestor linii generale organizatorice, personalul medico-sanitar din mediul rural își va putea desfășura activitatea în cadrul directivelor date de organul C.C. al P.M.R.:

„Acum cînd țărănimea muncitoare depune eforturi sporite pentru îndeplinirea la timp și în bune condițiuni a lucrărilor agricole, medicii și personalul sanitar sînt chemați să desfășoare o muncă fără preget pentru asigurarea unei asistențe medicale eficiente și calificate la locul de muncă, pentru buna funcționare a asistenței de urgență și organizarea acțiunilor antiepidemice. În felul acesta ei vor aduce o contribuție la lupta pentru ridicarea agriculturii".

MĂSURILE TEHNICO-ORGANIZATORICE APLICATE DE SECȚIUNEA SANITARĂ A REGIUNII BUCUREȘTI, PENTRU RIDICAREA NIVELULUI ASISTENȚEI MEDICALE CURATIVO-PROFILACTICE ÎN MEDIUL RURAL

Dr. STOENESCU VICTOR

Dezvoltarea continuă a tuturor sectoarelor de Stat, a impus organelor ocrotirii sănătății de a asigura populației rurale o asistență cît mai calificată și mai apropiată de locul de muncă. Măsurile organizatorice avînd la bază cele două ramuri de activitate : curativo-profilactică și sanitaro-antiepidemică, au necesitat aplicarea de forme noi ale asistenței medicale, în vederea apărării sănătății muncitorilor agricoli și pentru reducerea morbidității și a mortalității generale și infantile în mediul rural.

Complexitatea problemelor medico-sanitare din mediul rural a impus o serie întreagă de transformări în vechea structură organizatorică, care nu putea răspunde exigențelor din ce în ce mai mari ale populației, căreia trebuia într-adevăr să i se asigure o asistență medico-sanitară la un nivel cît mai înalt, avîndu-se în vedere continua transformare social-economică și culturală a populației rurale.

In ansamblul acesta de transformări — desigur că sectorul sanitar nu putea rămîne în urmă, de aci decurgînd necesitatea consolidării, dezvoltării, creerii de unități de tip nou și aplicării unei reforme sanitare de o importanță radicală, aceea a unificării spitalelor cu unitățile ambulatorii curativo-profilactice și a înființării centrelor sanitare și antiepidemice.

Desigur că pentru realizarea acestor sarcini importante a fost necesar să se treacă printr-o serie de etape organizatorice, conform planurilor sanitare ca parte integrantă a planului general economic de Stat. Concomitent însă, puterea locală de Stat a adus o contribuție însemnată la realizările sanitare prin punerea în aplicare a planurilor anuale locale — alături de organele tehnico-administrative de Stat, Ministerul Sănătății și Comitetele Executive ale Sfaturilor Populare regional și raionale, organizațiile de masă, și-au adus aportul lor efectiv pentru înființarea unităților mici dar foarte importante, case de nașteri, puncte de sănătate, creșe, cămine de zi, etc.

In acțiunea pentru redresarea sanitară a mediului rural, Secțiunii Sănătății Publice a Regiunii București, ca organ tehnic al Sfatului Popular Regional, i-a revenit sarcina de a aplica instrucțiunile Ministerului Sănătății și de a elabora planurile sanitare locale legate de necesitățile multiple

ale terenului, plan care împreună cu cel de Stat a dus la realizări însemnate în organizarea asistenței medico-sanitare a populației rurale.

Obiectivul principal care a stat la baza acțiunilor sanitare a fost apropierea asistenței medicale calificate, de locul de muncă și de viață al muncitorilor agricoli și a creșterii adresabilității acestora spre unitățile existente și consolidate și spre unitățile sanitare specializate sau nespecializate nou înființate.

Circumscripțiile sanitare rurale au fost radical reorganizate, înmulțite, rearondate pe principii științifice, ținîndu-se seama de morbiditatea specifică a unor teritorii, și întărite cu unități anexe, din care menționăm în special acelea pentru asigurarea asistenței medicale curativo-profilactice a mamei și copilului.

Dacă prin crearea de noi circumscripții sanitare rurale s-a obținut o scădere a mediei de la peste 10.000 la 8.200 locuitori pe circumscripție, desigur această medie fiind încă destul de ridicată în regiunea București în comparație cu alte regiuni din țară (4.500 Timișoara, etc.) — prin rearondările efectuate s-a reușit să se rectifice o serie de dificultăți în accesibilitatea asistenței medicale. Astfel, au fost scindate circumscripțiile mari (Bolintin Vale cu peste 17.500 locuitori, circumscripția Curcani formată din 5 comune din care una din ele situată la 12 km de sediul circumscripției, însă lipită de Oltenița, astfel că bolnavii nu aveau nici un fel de legătură cu dispensarul lor de circumscripție. Circ. Colibași în al cărui teritoriu intră comuna Prundu cu satul Flămînda, situate la 27 km de dispensarul medical al circumscripției, — exemple de acestea fiind multiple) și se fixează sediul noilor circumscripții în comunele cu importante unități socialiste agricole sau cu probleme medico-sanitare deosebite (mortalitatea infantilă mare, morbiditatea generală sau specifică crescută, etc.).

În acest mod s-a putut realiza o îmbunătățire a adresabilității precum și o creștere evidentă a eficienței activității cadrelor medico-sanitare — în rezolvarea complexității problemelor de sănătate pe care le aveau în față.

Pentru a se suplini lipsa de paturi din mediul rural pe de o parte, iar pe de altă parte pentru a se asigura medicului de circumscripție o nouă bază materială care să contribuie la calificarea lui, se înființează staționarele de adulți, ca formațiuni anexe ale circumscripțiilor sanitare rurale. În organizarea acestor unități o contribuție importantă au avut-o organele puterii locale de stat, ca urmare a dispozițiunilor date prin Buletinul Oficial al Comitetului Executiv regional.

Cu toate greutățile administrativo-gospodărești pe care le-au întîmpinat la început aceste unități create peste plan, totuși în măsura încadrării lor cu surori medicale și îngrijitori, prin interesul pe care l-au arătat unii medici de circumscripție care au înțeles utilitatea lor, prin fixarea sediului acestor staționare în comune cu un nivel economic-cultural ridicat, prin prezența formațiunilor socialiste agricole G.A.S., S.M.T. și G.A.C., sau prin depărtarea de spitalele de circumscripții raionale sau orășenești, eficiența lor arată necesitatea consolidării acestor unități — nucleul viitoarelor spitale de circumscripție, în care trebuie să se acorde o asistență medicală calificată și diferențiată.

Eficiența multor staționare a confirmat cele arătate mai sus, astfel staționarul circumscripției Radomirești, unde se găsește S.M.T. cu același nume, a avut numai în cursul trim. IV.1953 (dată de la care circumscripția

a fost încadrată cu medic) — un indice de utilizare a paturilor de 76,4 şi o durată medie de 4,2, pe cînd în cursul trim. I.1954— utilizarea staţionarului este de 85,4, iar durata medie 4,5. Acest staţionar condus de un fost medic de spital suplineşte astfel lipsa paturilor de la Spitalul raional Drăgăneşti.

Staţionarul circumscripţiei Fundulea — raionul Brăneşti, deşi a avut o utilizare de numai 155,6 în anul 1953 — durata medie de 7,6 zile este explicată prin necesitatea funcţionării acestui staţionar — în raionul respectiv neexistînd nici un spital, iar staţionarul deservind muncitorii G.A.S. şi G.A.C. Fundulea, — Centrele muncitoreşti agricole au fost situate pe primul plan, peste 50% din staţionare fiind situate în comune sedii de circumscripţii sanitare unde se găsesc G.A.S., S.M.T., G.A.C. — (Toporu, Piatra, Petroşani, Mînăstirea, Dragalina, etc.). — Lipsa de operativitate a unor Secţii sanitare raionale (Lehliu, Răcari, Slobozia) a dus la o slabă eficienţă a acestor unităţi importante — deşi erau situate în centre muncitoreşti cu unităţi socialiste agricole (Căzăneşti, Slobozia, Sălcuţa-Răcari).

Problema staţionarelor necesită o preocupare mai atentă, considerînd importanţa acestor unităţi în sistemul de ocrotire a sănătăţii în mediul rural.

Grija permanentă pentru promovarea sănătăţii muncitorilor din sectorul socialist şi cooperatist agricol s-a concretizat prin înfiinţarea a 8 puncte de sănătate încadrate cu medici în G.A.S. de categoria I-a şi a 23 de puncte sanitare încadrate cu felceri în G.A.S. de categoria a II-a şi a III-a. Eforturile Secţiunii s-au îndreptat în direcţia încadrării acestor unităţi cu felceri medicali, surori medicale şi medici, felcerii medicali absolvenţi seria 1953 fiind repartizaţi şi încadraţi 100% în aceste unităţi.

Secţiile mici, S.M.T. şi G.A.C., au fost asigurate prin organele sanitare ale circumscripţiei sanitare pe teritoriul cărora se găseau sau prin puncte de sănătate proprii — conduse de cadre medii — oficianţi sanitari sau surori auxiliare de Cruce Roşie.

Dată fiind importanţa sectorului socialist agricol, prin planul local s-au construit 2 grupuri sociale compuse din dispensar şi casă de naşteri la G.A.C.-Şoldanu şi G.A.C.-Livedea, iar prin contribuţia maselor — autoimpuneri — s-au construit şi dat în funcţiune grupul social Suhaia, Raionul Zimnicea şi este în curs de terminare spitalul Furculeşti, raionul Alexandria, cu o capacitate de 50 paturi.

Acţiunile medico-sanitare în timpul campaniilor de primăvară şi de vară, caravanele sanitare cu medici de diferite specialităţi, unele din ele (Răcari şi Vidra) fiind dotate cu un aparat portativ Röntgen, deplasarea brigăzilor medicale complexe, au contribuit la luarea măsurilor naţionale profilactice terapeutice şi consecutiv la reducerea zilelor de incapacitate temporară de muncă. Rezultatele ar fi fost cu mult mai bune dacă acţiunile s-ar fi desfăşurat în mod sistematic, înaintea începerii campaniilor agricole.

În asigurarea asistenţei medicale curativo-profilactice a mamei şi copilului, reţeaua de bază a fost sprijinită prin înfiinţarea a 166 case de naştere, cu peste 650 paturi, 212 bucătării de lapte, 12 dispensare de copii cu staţionare, 11 secţii de copii în cadrul spitalelor unificate rurale şi secţii sau subsecţii de obstetrică-ginecologie în profilul acestor spitale.

Înfiinţarea caselor de naştere a rezolvat în parte asistenţa obstetricală calificată prin apropierea lor de locul de viaţă al femeii muncitoare. Indicele

de utilizare a paturilor, efectuarea a 40—70% (raionul Olteniţa) din totalul naşterilor în casele de naştere, scăderea mortalităţii infantile — reprezintă dovezi suficiente asupra eficienţei şi necesităţii lor.

Dacă mai adăugăm la aceasta asistenţa la naştere în secţiile de obstetrică ginecologie sau a maternităţilor înglobate în secţiile de chirurgie din mediul rural, precum şi asistenţa oficială la domiciliu, se constată că în cursul anului 1953 pe regiune 86,4% din naşteri au beneficiat de asistenţă calificată, în 6 raioane fiind de 90—98,8% (raionul Snagov).

Printr-o planificare defectuoasă unele raioane au rămas cu un număr insuficient de case de naştere (Slobozia, Roşiorii de Vede) — înregistrîndu-se astfel un procentaj scăzut, din totalul naşterilor în aceste unităţi.

Prin reorganizarea consultaţiilor de femei la nivelul circumscripţiilor rurale deservirea gravidelor cu consultaţii înregistrează o creştere faţă de anii precedenţi (2,6 în 1953) — iar luarea în evidenţă a gravidelor în primele 5 luni se îmbunătăţeşte, ajungînd pînă la 62,2%.

Măsurile tehnico-organizatorice luate pentru asigurarea asistenţei curativo-profilactice a copilului îşi găsesc expresia în scăderea evidentă a mortalităţii infantile.

Adresabilitatea crescută a populaţiei către unităţile de copii, indicele de utilizare a paturilor în dispensarele de copii cu staţionar (275,8 Fundeni-Frunzăneşti, raionul Brăneşti; 257 Lehliu), reprezintă dovezi concludente ale necesităţii lor.

Desigur că rezultatele ar fi putut fi mult mai bune dacă ritmul de activitate al tuturor acestor unităţi ar fi fost asemănător cu al celor menţionate mai sus.

Activitatea insuficientă, discontinuă, utilizarea slabă, este legată nu numai de greutăţile administrativo-gospodăreşti (lipsa posibilităţilor de aprovizionare şi pregătirea hranei), ci şi de slaba preocupare a unor medici pediatri conducători ai acestor unităţi (Rădoieşti — raionul Vîrtoape, Căzăneşti — raionul Slobozia) ; un aspect şi mai grav îl prezintă lipsa cadrelor, 25% din dispensare nefuncţionînd deloc, unul-doi ani, sau chiar de la înfiinţare (Conteşti — raionul Zimnicea, care în anul 1953 a fost unificat cu Spitalul Zimnicea).

Eficienţa bună a celor 11 secţii de pediatrie din care numai 9 încadrate cu medici specialişti precum şi insuficienţa numărului de paturi de pediatrie mediul rural — reiese din indicele de utilizare 386,2 (Deparaţi-Hîrleşti, raionul Vîtoape), 436,3 (Drăgăneşti-Olt, etc.).

Staţionarele de circumscripţie au avut şi ele un rol hotărîtor în combaterea mortalităţii infantile, într-unele din ele internîndu-se pînă la 70% copii. Utilizarea acestor unităţi pentru tratamentul copiilor a fost insistent susţinută de medicii de circumscripţie (Dobroteşti, raionul Roşiorii de Vede; Furculeşti, raionul Alexandria, etc.).

Considerăm că nu s-a insistat într-o măsură suficientă pentru înfiinţarea de creşe şi cămine de zi sezoniere — în perioada muncilor agricole de vară, — cele existente fiind insuficiente sau prezentînd deficienţe igienico-sanitare.

Punerea în funcţiune a celor două preventorii tbc de copii (Ţigăneşti, raionul Snagov) şi Salcia (raionul T. Măgurele) precum şi înfiinţarea unei secţii de copii la Spitalul tbc Roşiorii de Vede arată grija organelor de

sănătate publică în lupta antituberculoasă şi însănătoşirea copiilor bolnavi prin aplicarea celor mai moderne metode terapeutice.

Asistenţa antituberculoasă curativo-profilactică, s-a realizat prin dispensarele tbc existente în toate raioanele, deficienţele înregistrate constînd din aşezarea excentrică a 26% dintre ele. Chiar cele care sînt aşezate la sediul raionului nu pot asigura cu eficienţă asistenţa antituberculoasă din cauza distanţelor mari de la sediul raionului la unele comune (35—40 km). Aceasta constituie principala cauză a depistării unui număr mare de bolnavi avansaţi sau aflaţi într-o fază foarte înaintată.

De asemenea în activitatea acestor unităţi mici, independente, se înregistrează greutăţi administrativo-gospodăreşti, ceea ce duce la un indice slab de utilizare.

Considerăm necesar pentru mediul rural să se treacă la organizarea punctelor tbc (de reinsuflaţie) pe lîngă dispensarele de circumscripţie, unităţi de bază, care prin prezenţa lor ar putea rezolva în mod favorabil continuarea tratamentului recomandat de medicul ftiziolog raional.

Asigurarea asistenţei medicale calificate şi specializate a necesitat trecerea la o etapă superioară, aceea a dezvoltării şi diferenţierii asistenţei medico-sanitare în mediul rural, etapă care a fost posibilă prin reforma unificării începută în trimestrul IV.1951 şi continuată în anii următori, pe măsura creerii condiţiilor materiale necesare unificării fără de care această reformă importantă ar fi rămas formală şi nu ar fi putut duce la rezultatele scontate.

Unificarea spitalelor cu unităţile ambulatorii curativo-profilactice a dus la organizarea unor unităţi de tip nou prin transformarea radicală a vechilor unităţi care au fost dezvoltate, reprofilate şi specializate.

Obiectivul de bază al Secţiunii sanitare regionale la aplicarea unificării în mediul rural l-a constituit ştergerea diferenţei nete dintre asistenţa medicală urbană şi cea rurală şi deci de a ridica nivelul asistenţei medico-sanitare, bazîndu-se — aşa cum am arătat şi mai înainte — pe faptul că 70% din totalul populaţiei trăieşte în mediul rural.

Spitalele orăşeneşti nu puteau să asigure în condiţiuni bune accesibilitatea asistenţei medicale diferenţiate şi în special a urgenţelor chirurgicale şi obstetricale, deci reforma sanitară ce se aplica trebuia să aducă îmbunătăţiri serioase în acordarea asistenţei specializate, să facă începutul nivelării între oraş şi sat şi să nu rămînă o simplă decizie a Comitetului Executiv regional — fapt ce ar fi coborît prestigiul organului său tehnic sanitar şi ar fi menţinut nemulţumirile populaţiei rurale, obligată de a face deplasări mari, eforturi şi cheltuieli inutile.

Analizînd situaţia înainte şi după unificare se poate spune că obiectivul secţiunii a fost realizat *.

Din spitale mixte sau spitale cu 2 secţii, spitalele rurale, au fost reprofilate ca spitale cu secţii de specialitate, numărul secţiilor şi serviciilor de specialitate fiind determinat de sediul raionului (spitale raionale) de importanţa sectorului agricol şi industrial pe care-l deserveşte, de depărtarea de spitalele raionale sau orăşeneşti (spitalul de circumscripţie) şi în sfîrşit de posibilităţile de dezvoltare (capacitate, amenajări, aparatură,

* Este vorba numai de spitalele rurale, nu şi de cele orăşeneşti situate la sediul raioanelor rurale.

instrumentar, cadre). Eforturile făcute pentru îndeplinirea acestor condiţii au avut ca rezultat realizarea obiectivului propus.

Evoluţia spitalelor rurale o puteau împărţi în 3 etape :

1. pînă în 1947 mixte 100% cu secţii.
2. 1947—1951 „ 72,3% „ „ 27,7%
3. 1951—1953 „ 16,6% „ „ 83,4%.

In ceea ce priveşte secţiile, dacă în anii 1947—1951 existau doar spitale cu cîte 2 secţii (interne şi chirurgie) şi acestea nefiind acoperite cu cadre de specialitate decît în proporţie de 60% — prin aplicarea reformei unificării, s-a obţinut o creştere importantă a secţiilor spitaliceşti care au crescut cu 78,2% (în decurs de 3 ani înfiinţîndu-se 36 secţii, pînă la această dată (1951) neexistînd decît 10 secţii care reprezintă doar 21,8% din totalul secţiilor).

La profilarea spitalelor ţinîndu-se seama de criteriile mai sus menţionate nu s-au putut înfiinţa în toate raioanele cele 4 secţii principale plus secţia de boli contagioase, astfel că s-a mers în general pe 3 secţii (interne, chirurgie şi pediatrie, în primele 2 secţii fiind înglobate subsecţiile de contagioase şi maternitate).

In etapa actuală, structura spitalelor în această regiune, este următoarea :

cu 5 secţii 13%
„ 4 „ 7%
„ 3 „ 56%
„ 2 „ 22%.

Menţionăm că din totalul paturilor spitaliceşti 91,7% sînt specializate şi numai 9,3% mixte (dintre acestea însă un spital avînd profil chirurgical).

Asistenţa ambulatorie s-a dezvoltat în aceeaşi măsură ca asistenţa de staţionar — vechile servicii de consultaţii generale transformîndu-se în ambulatorii cu 3 pînă la 6 servicii de specialitate, rămînînd doar 3 spitale cu cîte un singur serviciu de consultaţii.

Astfel, există :

Servicii de interne şi chirurgie la 100% din ambulatorii
„ „ pediatrie . . . . . 73% „ „
„ „ ginecologie . . . . . 13% „ „
„ „ stomatologie . . . . . 13% „ „
„ „ O.R.L. . . . . 7% „ „
„ „ radiologie . . . . . 33% „ „

Din aceste date se constată insuficienţa serviciilor de stomatologie, O.R.L. şi ginecologie, care trebuie dezvoltate pe măsura specializării cadrelor.

Ca servicii anexe atît pentru ambulatorii cît şi pentru staţionar în anul 1953 s-a trecut la organizarea laboratoarelor clinice (13%) sau a punctelor de laborator (33%).

Problema medicamentului şi-a găsit în parte rezolvarea, prin înfiinţarea de farmacii (încadrate cu farmacişti), în prezent 45% din totalul spitalelor rurale avînd acest serviciu important.

Dacă acesta este aspectul saltului cantitativ, în această etapă s-a realizat şi o activitate calitativă, fapt ce reiese din eficienţa acestor unităţi, adresabilitatea din ce în ce mai crescută a populaţiei, asigurarea asistenţei medico-chirurgicale de urgenţă, intervenţiile mari chirurgicale, etc.

O analiză sumară numai a secţiilor de chirurgie confirmă această activitate.

Astfel, prin rezolvarea pe loc a unui număr mare de intervenţii chirurgicale s-a reuşit să se asigure asistenţa calificată cît mai aproape de locul de muncă.

Procentajul crescut de intervenţii chirurgicale: mari 14,5%, mijlocii 39,4% şi mici 45,1%, dovedeşte nu numai apropierea asistenţei medicale de locul de muncă ci şi descongestionarea spitalelor orăşeneşti, aplicarea unui tratament de urgenţă şi consecutiv, scăderea zilelor incapacităţii temporare de muncă.

Procentajul de 4,2% pentru abdomenul acut din totalul intervenţiilor mari, scăderea numărului apendicectomiilor, creşterea indicelui de internare în primele 2 zile pentru abdomenul acut (Periş 76,9% — iar peste a 8-a zi nici un caz), procentajul redus al complicaţiilor postoperatorii, în sfîrşit mortalitatea scăzută în staţionar — arată eficienţa acestor secţii.

Rezultate asemănătoare s-au obţinut şi în celelalte secţii.

Aplicarea intensivă a metodelor terapeutice sovietice au contribuit într-o mare măsură la obţinerea unor succese în asigurarea asistenţei medicale curativo-profilactice.

Rezolvarea complexităţii problemelor medico-sanitare din mediul rural a necesitat o atenţie deosebită pentru ridicarea nivelului tehnico-profesional al cadrelor medico-sanitare. Punerea în practică a formelor noi organizatorice a determinat Secţiunea Sanitară regională să pregătească o serie de specialişti fie prin I.P.S.M., deci prin planul de stat, fie prin planul local, în acest scop utilizîndu-se clinicile din Capitală (I. C. Frimu pentru interne şi chirurgie; Colentina pentru contagioşi şi laborator; clinica II pediatrie, Spitalul Gh. Marinescu pentru ginecologie şi obstetrică) sau spitalele mai mari orăşeneşti (Giurgiu, Călăraşi, Roşiorii de Vede, etc.) sau chiar rurale (Periş, Vadul Lat, etc.) — ca baze de învăţămînt. In aceste instituţii s-au adus cadrele medico-sanitare pentru stagii de specializare sau stagii pentru reîmprospătarea cunoştinţelor — care au variat de la 3 luni pînă la 21 zile (moaşe, surori medicale).

Dacă acesta a fost aspectul pregătirii cadrelor, spitalele raionale sau de circumscripţie nu au fost decît în măsură redusă foruri organizatorico-metodologice pentru cadrele din raion.

In această etapă legătura funcţională între spitalele raionale sau de circumscripţie şi circumscripţiile sanitare rurale fiind sporadică, şefii de secţii neurmărind modul în care se aplică cunoştinţele medicale, acumulate, au arătat că nu se preocupă de pregătirea profesională a cadrelor medico-sanitare din raion.

Rezultatele obţinute şi concretizate prin scăderea mortalităţii generale şi infantile, asigurarea şi apropierea asistenţei medico-chirurgicale calificate şi specializate de locul de muncă, scăderea morbidităţii prin bolile transmisibile şi cele cu extindere în masă — arată o îmbunătăţire a nivelului ocrotirii sănătăţii populaţiei din mediul rural.

Considerăm de o mare importanţă etapa în curs de desfăşurare ca urmare a sarcinilor trasate prin Hotărîrea C.C. al P.M.R. din 19—20 August, pentru dezvoltarea, specializarea şi calificarea continuă a reţelei medicale în mediul rural, prin :

— Organizarea spitalelor raionale în a căror structură trebuie să existe cele 5 secţii principale (interne, chirurgie, pediatrie, obstetrică-ginecologie şi contagioase) ca centre metodologice pentru cadrele medico-sanitare din raion.

— Profilarea actualelor spitale de circumscripţie pe 3 secţii (interne, chirurgie şi pediatrie), sau după necesitate, pe 4 secţii (deci şi contagioase).

— Infiinţarea de noi spitale de circumscripţie prin comasarea unităţilor sanitare independente şi unităţile anexe ale dispensarelor medicale, precum şi specializarea medicilor (acolo unde în prezent funcţionează doi medici, pentru a se da acestor unităţi un profil diferenţiat pe două secţii (interne şi chirurgie) sau trei secţii — acolo unde există şi un dispensar de pediatrie. La organizarea acestor unităţi trebuie să se ţină seama neapărat de unele criterii : sediul ca centru administrativ economic important, posibilităţile de cazare şi de pregătire a cadrelor şi ca o condiţie absolut obligatorie — depărtarea de spitalele deja organizate.

Conducîndu-ne după experienţa organizatorică sovietică — vom putea să asigurăm populaţiei din mediul rural o asistenţă medicală la un nivel cît mai ridicat.

★

Организационно-технические мероприятия, примененные здравотделом Бухарестской области для поднятия уровня лечебно-профилактической помощи на селе

За последние пять лет периода 1947—1953 г.г., Здравотдел области Бухареста направил всё свое внимание на село. для обеспечения повышенного уровня медико-санитарной помощи населению.

Благодаря принятым организационно-техническим мерам, удалось приблизить существующие или вновь создаваемые медико-санитарные учреждения к сельскому населению. Увеличивается число врачебных сельских участков, которые подкрепляются другими учреждениями, как, например, родильными домами, кухнями для приготовления молока для детей, а также стационарами, располагающими 10.620 койками. Большие государственные ссльские хозяйства располагают соответствующим врачебным и средним медицинским персоналом, а коллективные хозяйства обеспечены собственными медицинскими пунктами, обслуживаемыми средним медицинским персоналом — фельдшерами и медицинскими сестрами.

После реформы объединения удалось осуществить значительное улучшение квалифицированной и специальной помощи, что ясно видно из разницы в койках которые в 1947 году на 100% являлись смешанными и из числа которых к концу 1953 года только 9,3% оставались смешанными.

За этот период число отделений по специальности резко поднялось в больницах: только в течение последних трех лет было создано 36 отделений по специальности и, таким образом, в настоящее время в каждой больнице имеется от двух до пяти отделений по специальности (7—56%). В этом же направлении развивалась также и сеть консультаций по специальности в амбулаториях, при которых созданы за этот период рентгеновские отделения, лаборатории и аптеки.

Для получения этих результатов, кроме мероприятий для обеспечения материальной базы, были необходимы также мероприятия в целях подготовки медицинских работников — специалистов, как в общегосударственном разрезе, так и при помощи мер со стороны местных органов здравоохранения.

Отсутствие функциональной связи между районными больницами и сельскими врачебными участками представляло собой недостаток в работе медикосанитар-

ных кадров на селе. Одновременно с развитием медицинских учреждений, в результате создания новых отделений по специальности и в результате поднятия профессионального уровня медико-санитарных работников на базе районных больниц, будет осуществлен качественный скачек в деле медицинского обслуживания сельского населения.

★

Les mesures d'organisation et techniques appliquées par le Service de santé de la region de Bucarest en vue de lélévation du niveau de l'assistance médicale curative et prophylactique dans la milieu rural

Pendant les 5 dernières années (1947—1953) le Service de santé de la région de Bucarest a dirigé son attention sur le milieu rural, de manière à en relever le plus possible l'assistance médico-sanitare.

Grâce aux mesures d'organisation et techniques, il est arrivé à obtenir qu'un plus grand nombre de campagnards s'adressent aux unités sanitaires existantes ou nouvellement créées. Le nombre des circonscriptions sanitaires augmente et elles sont pourvues d'annexes : maternités, cuisines de lait, stationnaires, totalisant 10.620 lits. Les grandes fermes d'Etat ont un personnel sanitaire propre ; pour les autres, l'assistance médicale est assurée par des points sanitaires spéciaux pourvus de personnel auxiliaire : officiers de santé et soeurs médicales.

Par la réforme de l'unification, une importante amélioration de l'assistance qualifiée et spécialisée a été réalisée, comme cela résulte de la séparation des lits ; 100 pour 100 de ceux-ci étaient mixtes en 1947, alors qu'à la fin de 1953 le pourcentage des lits mixtes était descendu à 9,3%. Le nombre des services à l'hôpital a augmenté prodigieusement. Au cours de ces 3 dernières années 36 nouveaux services furent créés, si bien qu'actuellement chaque hôpital a de 2 à 5 services (de 7% à 56%). Les services de consultation de polyclinique ont subi une amélioration semblable. Des services de radiologie, de laboratoire, de pharmacie furent créés.

Pour atteindre ces résultats on a du conjuguer les sacrifices matériels à l'effort de préparer les cadres de spécialistes à l'aide des plans d'état et local.

Par le développement des unités sanitaires et la création de nouveaux services généraux et de spécialité, d'une part, et par l'élévation professionnelle du personnel médical et auxiliaire, grâce à l'hôpital de district, d'autre part, un important saut qualitatif sera réalisé dans l'assistance médicale à la campagne.

ETAPA ACTUALĂ A ASISTENȚEI MEDICALE CURATIVO-PROFILACTICE A COPILULUI ÎN MEDIUL RURAL

de dr. STRUHL I., dr. POPESCU MARIȘ DOINA, dr. SRAGER M.

Asistența medicală curativo-profilactică a copilului în R.P.R. este una din realizările regimului nostru de democrație populară. În trecut asistența copiilor s-a redus la o acțiune de ocrotire a copilului bazată pe criterii sociale și dirijată de societăți particulare cu caracter filantropic. Aceste acțiuni se refereau la un număr restrîns de copii, marea masă a populației infantile rămînînd înafara oricăror preocupări de asistență medicală. Acest fapt a făcut ca Romînia să fie printre țările cu mortalitatea infantilă cea mai ridicată. Procentul mortalității infantile a rămas zeci de ani neschimbat, atingînd cifre foarte mari 18—20%.

Dacă în unele orașe existau spitale de copii cu un număr foarte redus de paturi, care nu făceau față numărului mare de îmbolnăviri și în care nu se acorda asistență medicală specializată decît unui număr mic de copii, la sate — care cuprind populația infantilă cea mai numeroasă — n-a existat nici un fel de preocupare pentru acordarea unei asistențe medicale specializate. Asistența medicală a mamei și copilului în mediul rural era inexistentă, situația agravîndu-se încă datorită analfabetismului și superstițiilor cărora erau lăsate pradă masele largi ale țărănimei muncitoare.

Morbiditatea foarte crescută datorită tulburărilor acute de nutriție și afecțiunilor acute ale aparatului respirator, care dădea anual un număr impresionant de decese printre copiii primei vîrste, n-a atras atenția forurilor conducătoare.

Printre primele probleme puse de Partid și Guvern pentru organizarea sănătății publice, a fost și acordarea asistenței medicale a mamei și copilului atît în mediul urban cît și în mediul rural.

În acest scop s-a creat în Ministerul Sănătății Direcția Ocrotirii Mamei și Copilului și unități de specialitate în mediul urban și rural. De asemenea, s-a înființat Institutul de Pediatrie pentru cercetări științifice în probleme legate de asistența medicală curativo-profilactică a copilului. Din 1948, Direcția Ocrotirii și-a luat ca obiectiv prevenirea și combaterea morbidității și a mortalității infantile. În prima etapă s-a pus accent pe latura organizatorică, urmărindu-se realizarea unei rețele de specialitate în mediul urban și rural.

Începînd din anul 1948 numărul unităților și a paturilor de copii au

crescut simțitor. Numărul cadrelor de specialitate, medici și personal mediu a crescut de asemenea în fiecare an.

Pentru asigurarea unei generații sănătoase supravegherea copilului s-a extins și asupra perioadei prenatale, prin luarea în evidență a femeilor gravide, acordarea de consultații prenatale și asistență calificată la naștere, pentru care s-au înființat casele de naștere în mediul rural și maternități în orașe.

Pentru scăderea morbidității și mortalității infantile s-au luat o serie de măsuri printre care acțiunile de prevenire și combatere a tulburărilor acute de nutriție și a afecțiunilor acute ale aparatului respirator.

În prima etapă în mediul urban s-au creat unități de specialitate, dispensarele materno-infantile deservite de medici pediatri și surori de ocrotire. În mediul rural această problemă cade în sarcina medicului de circumscripție, ajutat de sora de ocrotire și moașe. În cadrul circumscripțiilor rurale, se fixează ore speciale de consultații pentru copii și zile fixe pentru consultațiile profilactice ale copiilor sănătoși. Prin surorile de ocrotire și moașe se urmărește luarea în evidență și supravegherea copiilor de la naștere pînă la vîrsta de 3 ani. O atenție deosebită se acordă copiilor-problemă : distrofici, rahitici, alimentați artificial, prin înființarea de bucătării dietetice și centre de lapte.

Cu toată această nouă orientare a medicului de circumscripție rurală, din cauza lipsei cadrelor și a unităților de specialitate morbiditatea și mortalitatea infantilă nu a putut fi îndeajuns de influențată în primii ani. Internarea copiilor se făcea în staționarele urbane tardiv, din lipsa depistării la timp a îmbolnăvirilor precum și din cauza distanțelor mari pînă la spitalul cel mai apropiat.

Pentru remedierea acestor lipsuri și pentru creșterea accesibilității unei asistențe medicale de specialitate cît mai apropiate populației infantile din mediul rural s-au creat, începînd din anul 1950, primele dispensare rurale de copii cu staționar.

Numărul paturilor în aceste dispensare a crescut în fiecare an, fiind în 1953 cu 50,2% mai mult decît în 1950.

S-au creat de asemenea secții de pediatrie în spitalele rurale de adulți, al căror număr de paturi a fost în 1953 cu 909,4% mai mare decît în 1951.

În afară de aceste unități curativo-profilactice, în mediul rural au început să ia ființă și colectivități de copii.

Odată cu extinderea unităților socialiste agricole au luat ființă creșe, cămine și grădinițe sezoniere. Astfel, în 1953 sînt cu 262,9% mai multe cămine sezoniere decît în 1949, iar locurile în aceste cămine au crescut în 1953 cu 260,2% față de 1948.

Asistența medicală curativo-profilactică a copiilor în mediul rural este asigurată de rețeaua de bază și de o rețea de specialitate, reprezentată de dispensarele rurale de copii cu staționar și secțiile de pediatrie din spitalele rurale.

Majoritatea circumscripțiilor sanitare rurale își duc activitatea după un sistem de muncă medicală nespecializată, medicul de circumscripție și personalul său sanitar mediu asigurînd asistența curativo-profilactică și sanitaro-antiepidemică în toate sectoarele de apărare a sănătății publice din circumscripția sa.

In cadrul circ. rurale fără dispensare de copii asistența medicală curativo-profilactică este acordată de către medicul de circumscripție, ajutat de cadre medii de specialitate, soră de ocrotire și moașe. Numărul acestor circumscripții este mare față de circumscripțiile cu dispensare rurale cu staționar, astfel că cea mai mare parte a populației infantile din mediul rural rămîne în sarcina medicului de circumscripție.

Principiul călăuzitor în acordarea asistenței medicale a copiilor în mediul rural trebuie să fie aplicarea intensă a profilaxiei. Pentru realizarea acestui principiu sînt necesare o serie de măsuri.

— Fixarea de către medicul de circumscripție de zile anumite pe săptămînă pentru consultațiile de copii sănătoși, mobilizați în prealabil de către personalul ajutător, soră de ocrotire și moașe.

— Organizarea consultațiilor pentru copii mici în toate punctele de sănătate din cadrul circumscripției cu ocazia deplasărilor medicului de circumscripție.

— Efectuarea de vizite active pe teren în toate comunele și satele circumscripției de către sora de ocrotire, moașe sau alte cadre medii disponibile pentru această acțiune. Se recomandă ca aceste vizite să preceadă cu o zi vizita medicului la punctul de sănătate respectiv, ca eventualele îmbolnăviri să fie sesizate acestuia pentru a le consulta cu ocazia vizitei.

Copiii nou-născuți vor fi vizitați și luați în evidență imediat după naștere, fie că s-au născut la domiciliu sau la casa de naștere și vor fi vizitați de către sora de ocrotire sau moașe, de cel puțin 4 ori în cursul primei luni.

Copiii din evidența specială vor fi vizitați la domiciliu cît mai des posibil. Medicul va vizita acești copii la domiciliu în cazul cînd este solicitat de cadrele de teren pentru acest lucru. Supravegherea copiilor din evidența specială trebuie să fie dinamică și urmată de recomandările necesare : copiii distrofici vor fi înscriși la bucătăriile de lapte, se vor da indicații pentru internare în staționar, se vor îndruma copiii suspecți de t.b.c. și contacți pentru consultații periodice la dispensarul tbc cel mai apropiat.

— Medicul de circumscripție va acorda asistență medicală colectivităților de copii din teritoriu : școli, internate, grădinițe, creșe și cămine permanente sau sezoniere.

— Va supraveghea îndeaproape casa de naștere, bucătăria de lapte, aprovizionarea și buna lor funcționare, precum și eficiența lor pe teritoriul circumscripției.

— In cadrul luptei antiepidemice se vor efectua vaccinări, depistări biologice și depistarea, izolarea și carantinarea bolilor contagioase, conform instrucțiunilor Sanepidului. Se vor efectua de asemenea examinările epidemiologice ale elevilor la deschiderea școlilor și la plecarea în colonii.

— Una din activitățile cele mai importante ale medicului de circumscripție și pe linie de pediatrie este educația sanitară. Mama tînără și copilul de vîrstă școlară constituie mediul cel mai favorabil pentru însușirea noțiunilor elementare de igienă. Pentru aceasta el va putea utiliza toate formele de educație sanitară și mai cu seamă cursurile de școala mamei, organizate și efectuate de către personalul medico-sanitar al circumscripției. Nu va trebui neglijată educația sanitară la copiii de vîrstă

școlară prin cursurile de F.G.P.A.S. În această acțiune va căuta să antreneze masele largi ale populației rurale.

— Pentru o bună desfășurare a activității profilactice este necesară o evidență reală a copiilor. Evidența copiilor în circumscripția rurală trebuie să cuprindă toți copiii de la naștere pînă la 14 ani, divizată pe grupe de vîrstă, începîndu-se cu copiii nou-născuți pînă la 1 an, între 1—3 ani și de la 3—14 ani. În acest scop la sediul fiecărei circumscripții va exista un registru de evidență a copiilor, care servește și pentru evidența vaccinărilor.

Acolo unde surorile de ocrotire au posibilitatea, se poate introduce fișa pentru copiii de la 0—3 ani sau după posibilități, pînă la 14 ani.

În circumscripțiile sanitare care nu au surori de ocrotire acest registru va fi întocmit de către moașe sau felcerul mamoș al circumscripției, sub directa supraveghere a medicului de circumscripție, care răspunde de altfel în ambele cazuri de existența acestor evidențe.

Este obligatorie existența la sediul circumscripției a registrului pentru evidența specială în care vor fi trecuți toți copiii din aceste categorii de pe teritoriul circumscripției, în baza evidențelor ce trebuie să existe la fiecare comună și care sînt ținute la zi de moașa din comuna respectivă. În acest registru de evidență specială se vor rezerva cîteva pagini pentru fiecare categorie de copii-problemă. Grupele obligatorii sînt următoarele: imaturi + gemeni (în această evidență vor fi ținuți maximum 6 luni, după care fie că vor fi scoși din evidența specială, fie că vor intra în altă categorie); distrofici (se vor lua în evidență după 1—2 luni de la naștere pînă la 2 ani); rahitici (de la 3 luni la 3 ani); tbc (de la primele luni la 14 ani); lues (de la naștere la 14 ani); gușe și pelagră (de la naștere la 14 ani); reumatism (de la 1—14 ani, dacă este posibil).

Copiii nou-născuți sînt luați în evidență pe registrul de evidență a copiilor și nu se mai trec în registrul de evidență specială.

Registrul de evidență specială se ține pe cauze, pe sate și comune. Copiii se vor trece nominal indicîndu-se locul și data nașterii, greutatea la naștere, etc.

Luarea în evidență specială se va face în urma unui examen medical amănunțit, indicîndu-se toate elementele care au determinat luarea în evidență. Se va trece de asemenea și data luării în evidență. La scoaterea din evidența specială se vor indica motivele scoaterii, data și vîrsta copilului, cu un mic rezumat asupra stării copilului și cu datele obiective care au determinat scoaterea din evidență.

Copiii care se încadrează în una din problemele evidenței speciale vor fi înregistrați la problema respectivă. Dacă concomitent prezintă mai multe probleme se încadrează la o singură categorie, în rubrica celei mai evidente probleme, indicîndu-se la rubrica observațiuni, din ce alte categorii mai face parte.

În comuna reședință copiii pînă la 2 ani și mai mari care prezintă eventualitatea luării în evidență specială vor fi invitați la dispensar pentru a li se face un examen medical. Pentru celelalte comune sora de ocrotire va semnala medicului cazurile de evidență specială (distrofie, rahitism, etc.), trasînd ca sarcină moașei mobilizarea lor la punctul sanitar în ziua fixată pentru deplasarea medicului în acea comună.

Pentru ca medicul să poată supraveghea ritmul de urmărire și să con-

troleze munca personalului mediu sanitar de care răspunde, va întocmi planul de activitate zilnic al acestor cadre.

In mediul rural tot medicului de circumscripţie îi revine şi sarcina asigurării asistenţei curative a copilului. Pentru aceasta medicul de circumscripţie va căuta să-şi îmbogăţească cunoştinţele de pediatrie.

In cadrul dispensarului de circumscripţie se vor da consultaţii pentru toţi copiii bolnavi, aceştia fiind luaţi primii la consultaţie, pentru a evita contactul în timpul aşteptării, evitîndu-se răspîndirea bolilor transmisibile. Medicul de circumscripţie va indica tratamentul necesar, iar în cazul cînd îmbolnăvirea copilului este mai gravă, se va da primul ajutor, după care copilul va fi transportat la cel mai apropiat staţionar de specialitate.

In cadrul combaterii tulburărilor acute de nutriţie şi ale aparatului respirator se vor putea interna copii în staţionarele rurale de adulţi pentru tratament dietetic şi medicamentos.

La internarea în staţionarele de copii se vor da însoţitoarelor copiilor un bilet de internare în care se va trece diagnosticul prezumtiv şi tratamentul făcut la sediul circumscripţiei. La înapoierea din staţionar staţionarul de copii va înmîna însoţitorului copilului un bilet de legătură pentru medicul de circumscripţie, pentru ca acesta să urmărească copiii în continuare la domiciliu.

Circumscripţia rurală va întocmi anchetele de deces pentru copiii sub 1 an şi va înainta raionului atît statistica privind problemele copilului pe circumscripţie, cît şi ale dispensarului rural de copii cu staţionar, cînd acesta există pe teritoriu.

Asistenţa medicală curativo-profilactică a copilului de la 0—14 ani în circumscripţiile sanitare cu dispensar rural de copii cu staţionar este asigurată de personalul dispensarului de copii.

Dispensarul de copii cu staţionar, alături de casa de naştere şi de alte unităţi de copii de pe cuprinsul circumscripţiei, trebuie să facă parte integrală din ansamblul unităţilor medico-sanitare de pe teritoriul circ. sanitare. In felul acesta, dispensarul de copii cu staţionar şi medicul pediatru se subordonează din punct de vedere administrativ medicului de circumscripţie, care are responsabilitatea unică a circumscripţiei. Medicul pediatru al dispensarului de copii va continua să primească îndrumări şi să fie controlat de către medicul pediatru responsabil cu problema ocrotirii copilului pe raion, din punct de vedere tehnic de specialitate.

Din cauza greutăţii de a găsi localuri corespunzătoare, în multe raioane aceste unităţi n-au fost plasate în localităţi după nevoile terenului, neavînd accesibilitatea pentru populaţie pe care ar fi trebuit să o deservească, dispensarul luînd fiinţă acolo unde s-a găsit un local corespunzător. In urma raionării aşezarea dispensarelor de copii nu a mai corespuns gravităţii populaţiei, pentru a justifica existenţa lor.

Dispensarele de copii cu staţionar deservesc actualmente un anumit teritoriu format dintr-o circumscripţie rurală, iar în cazul cînd terenul o permite, se poate extinde şi la o altă circumscripţie vecină, ţinînd seama de distanţele între comune şi posibilităţile de deplasare.

Activitatea dispensarului rural de copii cu staţionar este curativo-profilactică. Această activitate se duce prin serviciul de consultaţie, pe teren şi în staţionar.

Dispensarizarea copiilor trebuie să fie una dintre metodele cele mai utilizate în cadrul acestor unități.

În circumscripția reședință a dispensarului medicul pediatru asigură întreaga asistență a copilului de la 0—14 ani. Pentru circumscripția vecină această asistență se face cu ajutorul medicului de circumscripție și personalului mediu sanitar al circumscripției sub directa îndrumare tehnică a medicului pediatru din dispensarul rural cu staționar.

Prin serviciul de consultații se duce o activitate profilactică prin programarea copiilor sănătoși la consultații periodice și activitate curativă prin consultațiile celor bolnavi.

Pentru consultații de copii sănătoși se vor fixa zile anumite pentru ca aceștia să nu vină în contact cu copiii bolnavi. Pentru consultarea copiilor bolnavi medicul va fi ajutat de personalul mediu care va face un triaj al copiilor la intrarea în sala de așteptare, pentru a izola pe cei febrili sau suspecți de boli transmisibile.

La consultații vor fi primiți copii din toate circumscripțiile vecine care sînt trimiși de medicul de circumscripție.

Serviciul de consultații trebuie să aibă evidența tuturor copiilor de la 0—14 ani pe grupe de vîrstă, pe probleme și pe comune. Pentru copiii de la 0—3 ani evidența se va ține pe fișe.

În ce privește activitatea antiepidemică medicul pediatru depistează îmbolnăvirile de boli transmisibile și le îndrumă de la caz la caz la secția de boli contagioase sau la domiciliu. În staționarul de copii nu se internează copii suspecți sau bolnavi de boli transmisibile. Serviciul de consultații efectuează și celelalte măsuri antiepidemice: vaccinări, depistări biologice, conform planului antiepidemic din cadrul circumscripției de reședință.

În cadrul activității de teren medicul pediatru și sora de ocrotire vor avea un program bine stabilit pe zile și comune. Se va urmări controlul periodic al copiilor între 0—3 ani și în mod deosebit grupa de vîrstă 0—1 an, copiii din evidență specială și copiii bolnavi. De asemenea va controla noii-născuții în casele de naștere și pe cei născuți la domiciliu.

În cadrul circumscripției nereședință, medicul pediatru al dispensarului de copii va avea următoarele sarcini:

— De a sprijini medicul de circumscripție la întocmirea planului de muncă al circumscripției pe linie de pediatrie.

— Îndrumează pe medicul de circumscripție și personalul auxiliar în vederea folosirii celor mai avansate metode de muncă în ocrotirea copilului. Exemplifică și demonstrează practic modul cum trebuie sezisate și atacate problemele de ocrotire a copilului și cum trebuie condusă și controlată munca.

— Participă periodic la consultațiile de copii ale circumscripției rurale nereședință.

— Urmărește întocmirea evidenței copiilor de la 0—1 an, 1—3 ani și a celor din evidență specială.

Staționarul de copii de pe lîngă dispensarul rural are ca sarcină să asigure internarea și tratamentul precoce în condiții bune al copiilor suferind de afecțiuni acute care necesită un tratament spitalicesc de scurtă durată. Staționarul este menit să aducă un aport important în combaterea

mortalității infantile și a copilului mic și în special a mortalității date de tulburări acute de nutriție și de afecțiuni acute ale aparatului respirator.

Nu se refuză la internare decît copiii cu boli transmisibile. Medicul pediatru este obligat de a vedea copiii din staționar zilnic. Acesta are obligația de a întocmi foaia de observație pentru toți copiii internați în primele 24 ore de la internare.

În cazul cînd boala nu se ameliorează și depășește posibilitățile de tratament ale medicului și staționarului, copilul va fi îndrumat spre spitalul de copii sau secția de pediatrie raională.

În cadrul dispensarului de copii funcționează și bucătăria de lapte, care deservește staționarul și populația infantilă din comuna de reședință. Înafară de prepararea propriu-zisă a alimentelor, bucătăria de lapte mai trebuie să joace un rol educativ prin inițierea mamelor în prepararea alimentelor dietetice astfel încît să știe singură să-și execute prescripțiile dietetice.

Pentru obținerea unei bune eficiențe a activității de ocrotire a copilului dispensarul rural de copii cu staționar va organiza și va duce o muncă de educație sanitară a întregii populații și îndeosebi a mamelor.

Prin această acțiune medicul pediatru va căuta să obțină într-o măsură cît mai largă participarea activă și conștientă a maselor largi populare la acțiunile de ocrotire a mamei și copilului.

Pentru o cît mai strînsă legătură cu terenul, cu familia, pentru a lărgi rețeaua de informare și sezisare a tuturor problemelor de ocrotire a copilului, medicul pediatru va solicita sprijinul comitetelor executive ale sfaturilor populare.

După cum Secția sanitară raională a devenit unitatea de bază în organizarea problemelor de sănătate publică ale raionului, tot astfel și spitalul raional sau secția de pediatrie trebuie să devină centrul metodologic de specialitate pe linie de pediatrie.

În actuala etapă spitalul sau secția de pediatrie încadrate cu personal de specialitate nu va deservi numai reședința raionului și numai în mod sporadic și neorganizat problemele multiple și complete pe care le ridică terenul, ci va deveni o unitate tehnică de specialitate, care va conduce și îndruma cu competență, prin cadrele sale, întreaga rețea de specialitate a raionului.

Șeful secției va trebui să cunoască problemele terenului și va trebui să îndrumeze și să controleze după un plan de muncă dinainte stabilit activitatea tuturor acestor unități așa încît ele să se ridice la un nivel tehnic din ce în ce mai înalt.

Pentru ca secțiile de pediatrie să devină centre organizatorice și metodologice de îndrumare este necesar ca ele să fie încadrate cu personal bine calificat și să aibe bune condiții de muncă. Șeful secției trebuie să cunoască metodele cele mai înaintate de muncă organizatorică, să-și însușească cele mai noi cunoștințe tehnico-științifice de specialitate și să le difuzeze sistematic în întreaga rețea de specialitate din raion.

În cazul cînd într-un raion există mai multe secții de pediatrie bine organizate, atunci îndrumarea problemelor de specialitate va fi teritorializată la secțiile existente.

Pentru ca munca de îndrumare să fie dusă în bune condiții, șefii de secție vor cunoaște îndeaproape activitatea din teren. Pe baza analizei amă-

nunțite a acestor activități șeful secției va reuși să se orienteze asupra modului cum se desfășoară munca pe teren, care sînt unitățile, cum este cuprins terenul de cadre și care sînt deficiențele lor.

Secția de pediatrie raională va avea o activitate de îndrumare tehnică și organizatorică, care se va desfășura prin :

— Deplasări periodice ale șefului secției și ale celorlalți medici de specialitate la nivelul circ., unde vor organiza consultații pentru anumite cazuri mai grele și consultații model, căutînd ca printr-o atitudine tovărășească să îndrume pe medicul de circ. sau în cadrul dispensarelor rurale cu staționar pe medicul pediatru. Aceste deplasări vor fi planificate și anunțate dinainte medicilor de circ. ca aceștia să poată mobiliza copiii. Șeful secției va căuta să viziteze mai ales pe medicii tineri, observînd munca lor și analizînd cu fiecare în parte cazurile și situațiile mai grele, ajutîndu-i să le rezolve în mod corespunzător.

Pentru ridicarea nivelului rofesional al cadrelor din teren :

— Medicii de circ. vor efectua un stagiu de cîte o zi în staționarul de copii, pentru ca sub îndrumarea medicilor de specialitate să-și îmbogățească cunoștințele pe linie de pediatrie.

— Medicii pediatri din dispensarele rurale de copii cu staționar vor efectua un stagiu de 2—3 luni prin schimb cu unul din medicii secției raionale.

— Cu ocazia ședințelor lunare ale medicilor de circ. de la nivelul raionului, secția de pediatrie va organiza conferințe urmate de prezentări de cazuri la nivelul secției de pediatrie.

— Participarea regulată a pediatrilor din dispensarele rurale cu staționar la ședințele de referate ale secției de pediatrie.

— Participarea medicului pediatru de la dispensarul rural la elaborarea de referate științifice întocmite în cadrul staționarului său și trimise spitalului raional, referate legate în mod deosebit de anumite îndeletniciri cît și de aspecte organizatorice și tehnice în munca sa de specialitate.

— În cadrul ridicării nivelului profesional al cadrelor nu vor fi neglijate nici cadrele medii prin organizarea pe perioade scurte și în serii de cursuri și stagii practice de împrospătare a cunoștințelor pentru surori de ocrotire, surori pediatre și moașe.

— Pentru surorile pediatre din staționarele rurale acestea vor putea fi recalificate prin organizarea de schimburi cu surorile din secțiile de pediatrie.

— Medicii secției de pediatrie își vor împărți teritoriul raionului în așa fel ca să fie cît mai des vizitat și să fie cuprins întreg teritoriul.

Pentru problemele de asistență medicală curativo-profilactică a copilului în mediul rural se va da o atenție deosebită în timpul muncilor agricole de vară, cînd considerăm că este necesară o mai intensă preocupare pentru cadrele medico-sanitare în vederea păstrării sănătății copiilor care în această perioadă sînt lipsiți de îngrijirea permanentă a mamei.

Pentru o bună deservire înainte de venirea sezonului cald medicul împreună cu personalul mediu va trece la revizuirea evidenței copiilor pînă la 3 ani, specificîndu-se copiii a căror mame lucrează în G.A.S. și G.A.C. Această evidență va servi și ca bază de planificare a locurilor în colectivitățile de copii (creșe, cămine).

În cadrul evidenței copiilor sub 1 an se va alcătui o grupă specială

de copii ale căror mame participă la munca cîmpului. Aceste cazuri vor fi analizate fiecare în parte, specificîndu-se starea de sănătate şi dezvoltarea copilului, alimentaţia şi modul cum va fi supravegheat în lipsa mamei. Copiii din această categorie aflaţi şi în evidenţă specială vor beneficia de o supraveghere mai atentă din partea sorei de ocrotire şi a moaşei.

Toţi copiii din această categorie, alimentaţi artificial şi mixt, se vor înscrie la bucătăria de lapte în cazul cînd la domiciliu nu li se poate asigura alimentaţia corectă.

In timpul muncilor agricole se vor crea condiţii pentru internarea copiilor distrofici în dispensarele rurale de copii cu staţionar şi secţiile de pediatrie din spitalele rurale. Se vor interna în mod special copiii care sînt lăsaţi la domiciliu sub o îngrijire necorespunzătoare.

Pentru a da posibilitate mamelor care lucrează să vină cu copiii la dispensar, medicul de circumscripţie şi medicul pediatru vor fixa ore de consultaţii speciale în anumite zile şi înafara programului de lucru a mamelor.

Mamelor muncitoare în G.A.C. şi G.A.S. li se vor acorda concedii pentru îngrijirea copiilor bolnavi în urma recomandaţiilor medicului şi conform instrucţiunilor în vigoare.

Pe lîngă dispensarele de circumscripţie se vor crea, după posibilităţi, staţionare improvizate cu 2—3 paturi pentru tratament dietetic şi medicamentos, în cadrul acţiunii de combatere a afecţiunilor acute de nutriţie In staţionare de adulţi de pe lîngă circumscripţii şi G.A.S., de asemenea se vor rezerva paturi în acest scop.

In circumscripţiile rurale cu dispensar de copii cu staţionar, medicul pediatru va asigura asistenţa medicală şi va îndruma cadrele medii din colectivităţile de copii (creşe, cămine, grădiniţe sezoniere) care se află pe lîngă unităţile agricole socialiste de pe teritoriul circumscripţiei.

Se va duce o intensă muncă de educaţie sanitară prin care se va arăta mamelor importanţa alimentaţiei naturale şi a prelungirii alimentaţiei la sîn pînă după trecerea anotimpului călduros şi necesitatea aducerii copilului la dispensar la primele semne de boală.

O altă sarcină importantă a personalului medical este aceea de a convinge mamele să-şi aducă copiii în creşa sezonieră în cazul cînd aceasta există.

Se va interveni pe lîngă conducerea G.A.S. şi G.A.C. ca mamele care alăptează să fie puse la munci mai uşoare şi în apropiere de domiciliu sau de sediul creşei.

In ce priveşte înfiinţarea de creşe şi cămine, medicii vor insista pe lîngă conducerea G.A.S. şi G.A.C. ca din fondurile existente să se înfiinţeze astfel de unităţi acolo unde numărul copiilor pînă la 3 ani este mai mare de 10, iar a celor între 3—7 ani mai mare de 20.

In unităţile unde există cămine şi unde numărul de copii pînă la 3 ani este mai mic de 10, se va căuta ca în perioada de vară să se amenajeze o încăpere pentru această grupă de copii în incinta căminului.

In colaborare cu comitetul executiv şi conducerea G.A.S. şi G.A.C. se vor căuta localuri cît mai corespunzătoare pentru aceste unităţi.

Acolo unde vor lua fiinţă creşe şi cămine sezoniere se vor da indicaţii în ce priveşte înzestrarea cu mobilier şi lingerie şi pentru aprovizionarea din timp cu alimente a acestor unităţi.

În cadrul sarcinilor personalului sanitar intră și recrutarea și inițierea personalului care va deservi aceste unități.

De întreaga activitate pe linie de pediatrie din cadrul raionului este direct răspunzător medicul pediatru al secției sanitare raionale. Acesta îndrumează și controlează din punct de vedere tehnic toate unitățile de specialitate (case de nașteri, maternități, creșe, cămine), cît și medicii de circ. și personalul mediu, pe linie de asistență curativo-profilactică a copilului.

Medicul pediatru va analiza lunar morbiditatea și mortalitatea infantilă și pe baza datelor acestor analize își va întocmi planul de muncă pentru perioada următoare.

În cazul cînd problemele tehnice de specialitate depășesc competența raionului, medicul pediatru de raion va cere sprijinul medicului pediatru de regiune.

În cadrul controalelor pe teren medicul pediatru de raion se va preocupa ca fiecare unitate să aibă un plan de muncă bine întocmit.

Medicul pediatru de raion răspunde de înființarea noilor unități, de mutarea lor, precum și de repartizarea cadrelor din rețeaua de pediatrie.

Medicul pediatru de raion se va îngriji de ridicarea nivelului profesional al cadrelor medicale și medii din cadrul raionului, cît și de ridicarea nivelului profesional propriu, prin activitatea susținută în secția de pediatrie existentă la nivelul raionului.

În vederea îmbunătățirii asistenței curativo-profilactice a copilului în mediul rural, pentru a aplica și pe linie de pediatrie principiile organizatorice ce vor sta la baza dezvoltării și îmbunătățirii asistenței medicale curativo-profilactice a copilului în mediul rural, va trebui să se ia în considerație la rearondarea circumscripțiilor rurale amplasarea actualelor dispensare rurale de copii sau eventual mutarea lor în alte localități cu accesibilitate și eficiență mai bună.

Totodată, în raioanele unde nu există secții de pediatrie, în urma reprofilării paturilor spitalelor raionale, a spitalelor rurale, a dispensarelor rurale de adulți de pe lîngă circumscripții și a dispensarelor rurale de copii cu staționar, vor trebui înființate secții de pediatrie bine încadrate și utilate pentru a deveni centre organizatorice și metodologice pe raion pe problemele de asistență medicală curativo-profilactică a copilului.

Pentru a putea face față noilor sarcini organizatorice și metodologice, medicul pediatru de raion va trebui să-și ridice permanent nivelul profesional prin legarea activității sale de unitatea spitalicească de la nivelul raionului.

În vederea asistenței medicale curativo-profilactice a copilului în timpul muncilor agricole este absolut necesară înființarea de creșe și cămine sezoniere, atît la nivelul G.A.S. și G.A.C. cît și pe lîngă comitetele executive ale sfaturilor populare din comunele învecinate acestor unități agricole socialiste care în etapa actuală fiind răspîndite pe un teritoriu întins nu oferă condiții optime de creare a acestor unități de ocrotire a copilului, numărul copiilor fiind dispersat în diferitele secții și trupuri ale gospodăriilor situate la distanță mare unele de altele. Aceste unități de pe lîngă sfaturile populare, vor putea deservi copiii mamelor din G.A.S. și G.A.C., precum și pe aceia ai căror mame nu sînt încadrate în unitățile agricole socialiste și care lucrează individual la munca cîmpului.

Pentru a ne încadra în noile principii organizatorice prin care medicul de circ. este responsabil de activitatea tuturor unităţilor din teritoriu, propunem ca toate datele de raportare statistice ale dispensarelor rurale de copii, case de naştere, creşe şi cămine permanente sau sezoniere din mediul rural să fie centralizate şi raportate prin medicul de circumscripţie.

Considerăm că prin aplicarea mai intensă a principiului profilaxiei, prin necontenita ridicare a nivelului profesional al cadrelor medico-sanitare şi consolidarea unităţilor existente din mediul rural, vom aduce o contribuţie sporită la apărarea sănătăţii copiilor din mediul rural, sprijinind astfel dezvoltarea mereu crescîndă a agriculturii socialiste.

★

Современный этап лечебно-профилактической помощи ребенку в сельской среде

После установления народно-демократического строя, лечебно-профилактическое обслуживание ребенка на селе начало развиваться из года в год путём создания специальных учреждений, а также путём применения организационных мер, в результате которых снизились заболеваемость и детская смертность.

На современном этапе организации работы, лечебно-профилактическая помощь ребенку на селе оказывается врачем сельского медицинского участка, врачем-педиатром в сельском медицинском участке, на территории которого существует детский диспансер с стационаром, а также и педиатрическими отделениями районных больниц.

Специальные детские учреждения, находящиеся на территории врачебного сельского участка, подчиняются с хозяйственной и организационной стороны врачу, заведующему медицинским участком, а по специальности-районному врачу-педиатру.

Педиатрическое отделение или районная больница, кроме лечебно-профилактической работы, имеют задачу руководить врачами сельских участков и врачами-педиатрами на соответствующей территории, осуществляя организационную и методологическую роль в вопросах педиатрии на территории района.

Особое внимание на селе должно быть оказано обслуживанию детей во время летних работ, когда должны быть приняты различные меры, среди которых обязательной авляется создание сезонных яслей и детских садов.

★

L'étape actuelle de l'assistance médicale curative et prophylactique de l'enfant dans le milieu rural

Après l'instauration du régime de démocratie populaire, l'assistance médicale curative et prophylactique de l'enfant à la campagne s'est développée progressivement, grâce à la création de services de spécialité et à une série de mesures d'organisation prises au cours de certaines campagnes pour la réduction de la morbidité et de la mortalité infantile.

A l'étape actuelle, l'assistance médicale curative et prophylactique de l'enfant dans le milieu rural relève du médecin de circonscription rurale, du pédiatre dans les circonscriptions rurales à dispensaires d'enfant avec stationnaire (nombre restreint de lits, permettant, au besoin, l'hospitalisation) et des services de pédiatrie de district.

Les services de spécialité du territoire de circonscription rurale sont dirigés administrativement par le médecin de circonscription et, pour ce qui est de la spécialité, par le pédiatre du district.

En dehors de l'activité curative et prophylactique, le service de pédiatrie de l'hôpital du district a la tâche de diriger les médecins de circonscription et les médecins pédiatres du district ; son rôle est celui d'un centre d'organisation et méthodologique de pédiatrie du district.

Une attention spéciale doit être accordée, dans le milieu rural, à l'assistance des enfants au cours des travaux agricoles d'été, qui nécessitent la prise d'un certain nombre de mesures, comme la création des crèches et des maternelles saisonnières.

NOI METODE DE LUCRU PENTRU ÎMBUNĂTĂȚIREA ACTIVITĂȚII MEDICULUI INTERNIST DE CIRCUMSCRIPȚIE AL SPITALULUI UNIFICAT ORĂȘENESC

de conf. dr. G. GROSZ, dr. M. RĂDULESCU, dr. R. RUSSU

I

In iulie 1954 se împlinesc trei ani de la introducerea pe scară largă a asistenței medicale curativo-profilactice a populației orășenești printr-o instituție nouă ca formă organizatorică, conținut și metode de muncă: asistența prin spitalul unificat.

Experiența vastă și succesele spitalelor unificate din Uniunea Sovietică, rezultat al activității creatoare a organizatorilor de sănătate și clinicienilor din țara socialismului victorios, ne-a permis nouă, ca în momentul în care cerințele unei noi etape în construirea socialismului în R.P.R. au pus în fața forurilor conducătoare ale ocrotirii sănătății sarcina elaborării formelor de asistență medicală mai perfecte, mai corespunzătoare pentru populația muncitoare din orașe și centre muncitorești, să putem păși neîntîrziat la realizarea reformei unificării, adaptate condițiilor și posibilității existente în țara noastră.

In cei trei ani care s-au scurs de la înființarea primelor spitale unificate, timp relativ scurt pentru consolidarea și perfecționarea unei reforme organizatorice de amploarea unificării, spitalul unificat s-a înrădăcinat adînc în conștiința populației și a muncitorilor din sectorul medico-sanitar, dovada cea mai elocventă a justeței drumului ales pentru ridicarea asistenței medicale a populației de către organizatorii de sănătate publică. Astăzi nici cei mai înverșunați adversari ai unificării, care la început au manifestat fățiș neîncrederea lor în noua organizare a asistenței medicale curativo-profilactice, nu-și mai pot imagina funcționarea izolată a staționarului, policlinicii și a circumscripției, și renunțarea la avantajele nenumărate pe care le oferă spitalul unificat medicilor în vederea deservirii mai bune a populației.

Rezultatele cantitative cu care s-au soldat primii ani de activitate în sistemul unificat s-au vădit în creșterea numerică rapidă a unităților de asistență medicală curativo-profilactică precum și a paturilor de spital, mai ales în acele sectoare în care a existat o carență foarte accentuată (interne, pediatrie, obstetrică-ginecologie, oftalmologie, O.R.L., etc.). Ridicarea treptată dar neîntreruptă a nivelului asistenței medicale acolo unde principiile unificării au fost corect aplicate au făcut ca populația și medicii să se

convingă de superioritatea indiscutabilă a acestui sistem față de formele organizatorice anterioare, perimate, necorespunzătoare.

Primele rezultate cucerite în acești ani nu trebuie să ne mulțumească. Dimpotrivă, ele constituie un puternic imbold pentru organizatori și clinicieni pentru analizarea și studierea formelor și metodelor de muncă folosite pînă în prezent în vederea elaborării altor forme și metode mai corespunzătoare, mai perfecte, prin care principiile călăuzitoare ale unificării să fie traduse în viață integral și corect.

Desbaterea problemelor legate de reforma unificării în numeroase publicații și conferințe care au apărut în perioada organizării spitalelor unificate, n-a fost urmată decît de puține lucrări care au analizat funcționarea spitalelor unificate în diferite orașe, ceea ce constituie o greutate în etapa actuală de consolidare a unificării. Intr-adevăr, aprecierile critice au fost numeroase. Totuși, numai rareori au fost concretizate în articole bazate pe studii temeinice, pe analizarea felului în care decurge activitatea medicală în spitalele unificate, conținînd evidențierea rezultatelor obținute și a metodelor de muncă prin care ele au putut fi înfăptuite, alături de scoaterea la iveală în mod curajos a numeroaselor lipsuri izvorîte din nerespectarea principiilor de bază ale unificării, din înțelegerea îngustă, formală, a acestora, sau din cauza greutăților de ordin local.

Nici Centrul de Organizare a Ocrotirii Sănătății, nici cadrele de specialitate nu au reușit încă să efectueze cercetări științifice pe baze experimentale pentru lămurirea problemelor cheie puse de desăvîrșirea funcțională a spitalelor unificate. Studiile Centrului au căutat să lămurească cîteva chestiuni importante legate de asistența medicală teritorializată pe baza circumscripțiilor sanitare, fără să atace marile probleme care frămîntă majoritatea spitalelor unificate, ca de pildă găsirea unui grafic de muncă care să permită internistului accentuarea laturii profilactice a activității sale în policlinică și pe teren, asigurîndu-i în același timp și o mai bună perfecționare în specialitatea sa, sau găsirea metodelor prin care internistul circumscripției va putea asigura în mod real asistența salariaților din întreprinderile fără medic precum și elaborarea metodologiei pentru extinderea treptată a dispensarizării prin spitalul unificat. Totuși, experiența noastră cîștigată prin participarea la organizarea spitalelor unificate și la analizarea activității lor cu ocazia pregătirii ședințelor anuale de bilanț, activitatea dusă zi de zi în spitalele unificate precum și cercetările noastre modeste întregite prin studierea experienței spitalelor unificate din Uniunea Sovietică, în măsura în care ne-a stat la dispoziție materialul documentar necesar, ne îndreptățesc să înfățișăm unele aspecte și metode de muncă menite să îmbunătățească activitatea spitalelor unificate și să servească ca imbold pentru cercetări mai ample pentru un număr cît mai mare de medici.

II

Este îndeobște cunoscut că unificarea a urmărit scopul de a asigura cadrul organizatoric pentru aplicarea unor metode de muncă înaintate, prin care se poate asigura o îmbunătățire permanentă a asistenței medicale curativo-profilactice acordate populației unui teritoriu delimitat.

Noua formă organizatorică trebuia să asigure aplicarea în practică a orientării profilactice în medicină. Această concepție depășește mult ca-

drul limitat al profilaxiei antiepidemice şi consideră drept profilaxie orice acţiune menită de a preveni starea de boală fie prin asigurarea unor condiţii de mediu, de viaţă sau de muncă favorabilă promovării sănătăţii, fie prin depistarea precoce a bolilor în faza lor preclinică, funcţională şi luarea măsurilor complexe pentru împiedecarea agravării bolii sau apariţiei complicaţiilor.

O astfel de activitate complexă nu poate fi aplicată cu succes decît pe baza condiţiilor economico-sociale favorabile promovării sănătăţii marilor mase muncitoare de către instituţiile a căror formă organizatorică permite supravegherea medicală individualizată a populaţiei, atît în stare de sănătate, cît şi în stare de sănătate aparentă sau de boală.

O astfel de formă organizatorică este spitalul unificat, bazat pe principiul teritorializării, al deservirii medicale a populaţiei pe circumscripţii sanitare. „Principiul de organizare a asistenţei medicale pe circumscripţii este strîns legat de metoda dispensarizării şi de orientarea profilactică a medicinii sovietice. Orientarea profilactică stă la baza tuturor măsurilor de ocrotire a sănătăţii poporului iar metoda dispensarizării este instrumentul prin care se transpune în practică (D. G. Oppenheim). Principiul de organizare teritorială a asistenţei medicale face ca această asistenţă să devină accesibilă deoarece din punct de vedere organizatoric o aduce cît mai aproape de populaţia circumscripţiei sau de locul de muncă, creînd toate premizele unei asistenţe curativo-profilactice şi a colaborării strînse între colectivul de specialişti ai circumscripţiei pe deoparte, specialiştii clinicieni şi igieniştii pe de altă parte. Astfel, medicul de circumscripţie poate să îngrijească de sănătatea populaţiei circumscripţiei sale sub toate aspectele ei.

In acelaşi timp spitalul unificat asigură cele mai bune condiţii pentru perfecţionarea permanentă a medicilor consultanţi de circumscripţie, pentru ridicarea nivelului lor profesional, prin îndrumarea activităţii lor zilnice de către specialiştii cu experienţă. Astfel, spitalul unificat înarmează medicii de circumscripţie cu cunoştinţe temeinice pentru ducerea la bun sfîrşit a activităţii lor profilactico-curative, care decurge din înţelegerea justă a esenţei bolii şi a particularităţilor individuale ale evoluţiei ei, pe baza interpretării corecte a unităţii organism-mediu.

III

In problemele organizatorice este greu de apreciat care dintre principiile pe care se bazează o anumită formă organizatorică este cel mai important, constituind pîrghia principală. De obicei principiile se împletesc foarte strîns, ele decurg unele din altele şi nerespectarea unora împiedică desăvîrşirea operei în ansamblul ei. Totuşi, în unificare se consideră că veriga de bază o constituie organizarea asistenţei medicale pe circumscripţii şi fără să subapreciem importanţa staţionarului în ocrotirea sănătăţii populaţiei putem afirma că de buna organizare a activităţii policlinicii care înglobează şi terenul depinde în cea mai mare măsură eficienţa asistenţei medicale curativo-profilactică acordată prin spitalul unificat.

Lipsurile observate în funcţionarea spitalelor unificate, lipsuri care frînează opera de consolidare a unificării se referă în primul rînd la

organizarea și funcționarea policlinicii care este chemată să asigure asistența ambulatorie la domiciliu și la cabinetele de consultații.

Unii organizatori consideră că multe greutăți au originea lor în faptul că la noi unificarea a avut loc concomitent cu teritorializarea și nu a fost precedată de aceasta. Dacă am fi avut posibilitatea să rearondăm circumscripțiile după criterii științifice, asigurînd colectivului de specialiști care deservesc circumscripția sanitară un număr corespunzător de populație, înfăptuirea celor două operații în același timp n-ar fi constituit o greutate apreciabilă. Este însă un fapt incontestabil că deși unificarea a dus la reducerea numărului de populație medie pe circumscripție la 6.000—8.000 de persoane, de la 10.000—12.000 cît era populația circumscripției în etapa premergătoare unificării totuși circumscripția actuală este prea mare și nu permite adîncirea suficientă a activității medicilor. Dacă la începutul unificării această greutate a fost mai puțin evidentă, din cauza unei adresabilități relativ reduse din partea populației, astăzi cerințele populației au crescut și ea apelează tot mai des la ajutorul medical. În același timp a crescut și volumul activității profilactice a medicilor care are drept urmare depistarea formelor de boală în faza lor de început, activitate ce impune urmărirea mai atentă a acestora.

Normarea pe baze științifice trebuie să țină cont și de alte elemente afară de numărul populației, ca de pildă în primul rînd prezența pe teritoriul circumscripției a unor întreprinderi fără medic, numărul salariaților și a specificului lor, densitatea populației și căile de acces, distanța între circumscripție și policlinică ș.a.

Rearondarea circumscripțiilor orășenești este însă o problemă a cărei rezolvare nu poate fi efectuată în timp scurt. Am considerat că una din *sarcinile organizatorului de sănătate publică este deci să elaboreze astfel de metode de muncă care pot duce la îmbunătățirea asistenței medicale chiar în cadrul actual al circumscripției.* Acest lucru este posibil prin îmbunătățirea colaborării colectivului de specialiști care deservește circumscripția, prin întărirea continuității lor în muncă, prin ridicarea cunoștințelor lor clinice, și înainte de toate prin elaborarea, experimentarea și introducerea unui grafic de muncă mai potrivit, care să elimine graba și timpul pierdut prin deplasări la diferite părți componente ale spitalului unificat.

Plecînd de la premizele arătate, în cursul anului 1953, au început să fie studiate unele aspecte din activitatea circumscripției spitalului unificat, după un studiu prealabil al morbidității.

Ca urmare a unificării, în locul medicului de circumscripție urbană, medic cu sarcini multiple printre care au predominat preocupările administrative de poliție sanitară, deservirea medicală a populației se asigură în prezent printr-un colectiv de medici specialiști. Acest colectiv este format după cum se știe din doi interniști și patru medici de altă specialitate, reprezentînd cele patru rețele de specialitate. Medicul ftiziolog, obstetricianul și venerologul deservesc de obicei cîte două sau chiar trei circumscripții. Activitatea medicilor consultanți este îndrumată de consultantul principal de specialitate, un medic cu o experiență clinică îndelungată.

În acest fel asistența medicală gratuită, de înaltă calificare, a devenit tot mai accesibilă populației orășenești.

Nu se poate nega însă că pe lîngă progresul însemnat față de forma anterioară de deservire printr-un singur medic fără specialitate, această

organizare superioară ascunde pericolul ca fiecare specialist să privească bolnavul numai din unghiul de vedere îngust a specialităţii sale dacă colectivul nu este coordonat, dacă unul din cei şase medici nu are posibilitatea de a urmări bolnavul şi problemele morbidităţii pe teritoriul circumscripţiei în ansamblul lor. Acest rol important de medic al familiei şi în acelaşi timp de organizator de sănătate la nivelul circumscripţiei trebuie să-i revină medicului internist consultant al circumscripţiei. În mîna lui trebuie să convergă toate firele, el trebuie să aibă posibilitatea de a sintetiza rezultatul observaţiilor şi tratamentelor efectuate de specialişti astfel ca pe baza cunoaşterii soartei fiecărui bolnav să tragă anumite concluzii şi să ia măsuri complexe privind organismul şi mediul. În urmărirea dinamică a bolnavilor, internistul se foloseşte de fişa individuală de consultaţii care oglindeşte din punct de vedere medical, toate evenimentele prin care a trecut persoana respectivă, fişă care se află la policlinica spitalului unificat de adulţi sau la unitatea ambulatorie de la locul de muncă.

Pentru a asigura deci ca organismul să fie privit ca un tot unitar, în strictă interdependenţă cu mediul, este necesar ca medicii de diferite specialităţi care deservesc populaţia aceleiaşi circumscripţii, să aibă legături strînse între ei, sub coordonarea medicului internist.

In sistemul actual de deservire a circumscripţiei spitalul unificat prin doi internişti care lucrează după graficul de muncă bifazic, se naşte întrebarea care din ei să aibă rolul de coordonator al colectivului de specialişti ai circumscripţiei. Părerea noastră diferă de propunerile unor organizatori, deoarece în perioada actuală noi atribuim această sarcină în majoritatea cazurilor internistului consultant care asigură consultaţiile la policlinică şi nu internistului care deserveşte terenul. În actuala etapă internistul care lucrează în policlinică este de obicei specialistul cu experienţa mai mare şi deci mai competent, iar pe de altă parte policlinica este acea parte componentă a spitalului unificat care coordonează şi conduce întreaga asistenţă medicală ambulatorie a populaţiei şi deci implicit are posibilităţi mai bune de a conduce, de a îndruma şi activitatea colectivelor de la nivelul circumscripţiilor.

Pentru a asigura colectivelor de medici consultanţi o îndrumare mai competentă decît prin internistul consultant, pe lîngă îndrumarea acestora de către reţelele lor de specialitate propunem ca un număr de circumscripţii învecinate să fie înmănunchiate pe cartiere, fără ca acest „cartier" să formeze o unitate organizatorică, ci o unitate funcţională. Medicul consultant principal internist să aibă sarcina de coordonator şi îndrumător pe teritoriul unui astfel de cartier. Astfel şi activitatea de teren ar primi o îndrumare competentă şi sistematică, iar problemele de ansamblu ale unui astfel de cartier, ar putea fi rezolvate la un nivel superior, pe baza studiului aprofundat al morbidităţii pe circumscripţii şi a elaborării planurilor complexe de activitate pentru fiecare circumscripţie în parte.

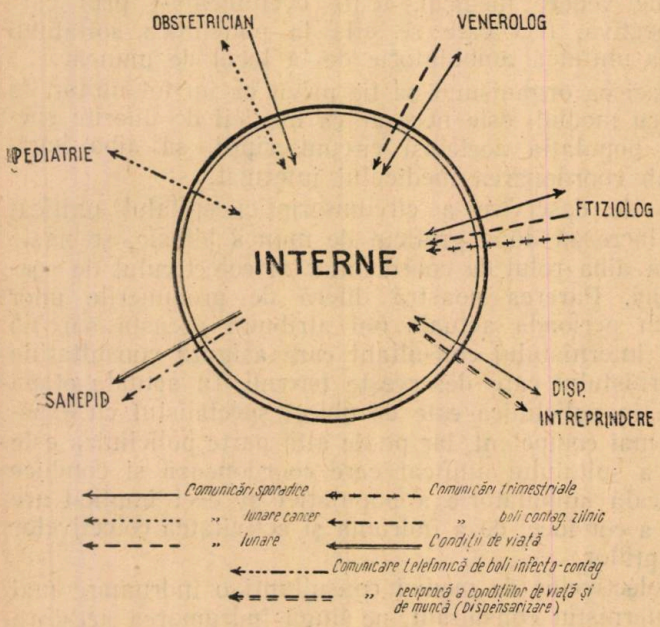
Legătura specialiştilor cu cei 2—6 medici internişti de circumscripţie care le corespund se face greu, pe cînd cu un singur medic primar se efectuează mai uşor, deci avantajul organizatoric al acestei metode, ni se pare însemnat.

Pe baza studierii legăturilor care ar trebui să existe între medicii consultanţi ai circumscripţiei am ajuns la concluzia că aceste legături pot fi împărţite în trei categorii :

1. Comunicări sporadice legate de apariţia unor cazuri de îmbolnăviri care necesită colaborarea operativă între doi sau mai mulţi specialişti.

2. Comunicări planificate permanent cu scopul de a asigura medicilor de orice specialitate cunoaşterea morbidităţii şi astfel a problemelor celor mai însemnate de pe teritoriul deservit.

3. Şedinţe sistematice de colaborare ale colectivului de medici care deservesc populaţia circumscripţiei, sub conducerea medicului internist, sau, după cum am propus, şedinţe de colaborare lunare la nivelul unităţii funcţionale, „cartierul", conduse de internistul consultant principal. La aceste şedinţe trebuie să participe desigur medicii primari de toate specialităţile care au sarcina îndrumării medicilor consultanţi ce deservesc populaţia circumscripţiilor vizate.



Studiul întreprins în circumscripţia experimentală nr. 79 a întărit convingerea noastră că medicii de circumscripţie au simţit necesitatea unei colaborări şi în mod spontan au creat unele legături sporadice între ei de cîte ori s-au ivit unele probleme mai importante. Aceste legături întîmplătoare au avut darul de a ajuta rezolvarea mai justă a unor cazuri de îmbolnăvire fără să soluţioneze în mod satisfăcător problema, fără să asigure medicului urmărirea bolnavilor şi luarea măsurilor complexe necesare.

In urma unui sondaj în circumscripţia nr. 79 am constatat de pildă că pentru 15 bolnavi îndrumaţi de internist la medicul ftiziolog fişele individuale corespunzătoare nu conţineau nici o dată referitoare la rezultatul examenului de specialitate solicitat, şi deci se poate afirma că pe aceşti bolnavi internistul nu i-a mai urmărit.

Trecînd la dispensarul antituberculos s-a putut constata că din cei 15 bolnavi trimişi din partea internistului un număr de şapte, adică aproape 50% se găsea deja în evidenţa dispensarului antituberculos, fără ca internistul circumscripţiei să fi cunoscut acest fapt, fără ca fişa lor individuală să fi oglindit acest lucru. Un număr de 5 bolnavi nu s-au prezentat la dispensar şi nici nu s-au mai întors la policlinica de adulţi. Doi bolnavi din cei trimişi nu au prezentat nici o leziune pleuro-pulmonară şi deci au pierdut degeaba un timp preţios. Rezultă că din cei 15 bolnavi numai unul a fost luat în evidenţa dispensarului antituberculos, însă nici soarta acestui

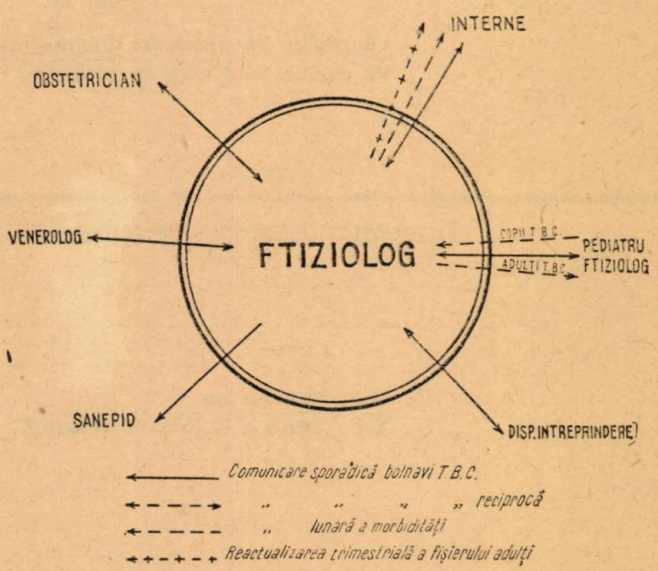
bolnav nu era cunoscută medicului internist care a cerut examinarea lui prin medicul specialist.

Acest sondaj ilustrează clar că odată bolnavul îndreptat spre medicul specialist în scopul de a preciza diagnosticul de prezumpție pus de internistul circumscripției în vederea aplicării măsurilor medicale complexe, el scapă pe viitor din sfera de activitate a internistului. Pe de altă parte necunoașterea soartei acestor bolnavi atrage după sine trimiterea acestora în repetate rînduri la dispensarul antituberculos care de vreme îndelungată îi are în evidență. O altă categorie de presupuși bolnavi pierde inutil timpul prin faptul că policlinica de adulți, înainte de a trimite bolnavul la un medic specialist din altă rețea de specialitate, nu epuizează toate posibilitățile de investigație, ca, de pildă, în cazul nostru, radioscopia pulmonară, analiza sputei, ș. a.

Ne-am pus problema găsirii unor forme simple și eficace de comunicare între specialiști. După cercetarea mai multor forme de legătură, ne-am oprit la un formular simplu (anexa nr. 1) care dintr-odată se complectează în dublu exemplar și circulă în dublu sens. Astfel, biletul de legătură completat se încredințează bolnavului trimis de către medicul internist la dispensarul antituberculos, de pildă. După ce ftiziologul a consultat bolnavul și a găsit o leziune pleuro-pulmonară îl înscrie în evidența dispensarului și face comunicarea, odată lunar, pentru medicul internist, prin comunicarea morbidității lunare. În cazul în care ftiziologul infirmă diagnosticul de prezumpție al medicului internist, el trimite bolnavul înapoi la policlinică, împreună cu biletul de trimitere pe care a înscris observațiile sale, căutînd să demonstreze bolnavului importanța prezentării sale imediat la internistul care a emis biletul de trimitere.

Pentru a avea evidența clară, sora de la cabinetul medicului internist se deplasează odată pe lună la unitățile de specialitate pentru a confrunta evidența lor cu evidența policlinicii de adulți, făcînd completările necesare în fișele bolnavilor.

Comunicările sporadice arătate se folosesc între medicii care deservesc aceleași circumscripții, indiferent de specialitatea lor. O excepție oarecare se face cînd este vorba de comunicarea între pediatru și rețelele de ftizio-



.....

.....

.....

Anexa Nr. 1

Către

SPITALUL UNIFICAT .....

Circ. .....

Serv.

INTREPRINDEREA .....

Serviciul medical

Str. ..... Nr. .....

Raion .....

(Aci se lipeşte)

Vă aducem la cunoştinţă că examinînd pe tov. .....

.....

domiciliat în str. ..... nr. .....

am constatat că suferă de .....

.....

I s-au acordat ..... zile concediu

dela ..... pînă la .....

Vă rugăm să precizaţi diagnosticul *

Vă rugăm să-l luaţi în evidenţă

Medic,

Diagnostic definitiv şi recomandaţii .....

.....

.....

.....

Luat în evidenţa *

Nu e cazul a fi luat în evidenţă

Medic,

* Se şterge ceea ce nu corespunde.

logie sau reţeaua antivenerianâ. În acest caz medicul pediatru nu se adresează specialistului circumscripţiei ci ftizio-pediatrului sau pediatrului venerolog ale dispensarelor respective, care la rîndul lor, în anumite cazuri, vor comunica cu medicul ftiziolog sau venerolog al circumscripţiei.

Concomitent cu comunicările sporadice s-au experimentat şi a fost introdusă în practică comunicarea periodică, planificată, privind problemele de morbiditate. Scopul acestor comunicări este asigurarea cunoaşterii morbidităţii legată de specialitatea medicilor care deservesc un teritoriu comun. Prin aceste comunicări se transmite lunar morbiditatea nouă înregistrată pe luna expirată.

Medicul internist, de pildă, este în cea mai mare măsură interesat în cunoaşterea tuturor cazurilor de îmbolnăvire prin tuberculoză în cadrul circumscripţiei sale. O parte din aceşti bolnavi au fost depistaţi chiar de internist şi trimişi la dispensarul antituberculos. Graţie comunicărilor sporadice el va lua cunoştinţă de soarta acestor bolnavi, însă despre bolnavii depistaţi direct de către dispensarul antituberculos nu poate afla decît prin comunicările lunare preconizate de noi între unităţile de specialitate şi medicul internist al circumscripţiei. În acelaşi fel vor comunica specialiştii medicului internist toate cazurile noi de sifilis, cancer, etc. iar obstetricianul-ginecolog, pediatrului gravidele din luna a 7-a aflate în evidenţa spitalului unificat de obstetrică şi ginecologie (anexa nr. 2).

De fapt comunicarea morbidităţii de către specialişti a fost efectuată şi înaintea începerii studiului nostru, dar prin caracterul birocratic al listelor cu numele bolnavilor extrase de sora circumscripţiei, din evidenţa medicului specialist, listă care era păstrată în dosarul medicului consultant internist de teren, fără să fi fost operate observaţiile în fişa individuală a bolnavilor sau fără să fi fost analizate măcar de către cei doi internişti ai circumscripţiei, această formă de raportare a constituit doar un act pur formal.

Ceea ce lucrarea noastră aduce nou constă în organizarea corectă a comunicărilor prin precizarea cazurilor de îmbolnăvire care trebuie comunicate, precum şi a medicilor care fac comunicarea şi înainte de toate, prin folosirea justă a datelor comunicate în cunoaşterea soartei bolnavilor, prin operarea acestora în fişa individuală.

Din schema legăturilor funcţionale reiese clar care sînt medicii care urmează să facă comunicări periodice, iar în ceea ce priveşte modul de comunicare s-a fixat data de trei ale fiecărei luni, cînd medicul interesat în primirea comunicării privind îmbolnăvirile noi, trimite sora la instituţia de la care aşteaptă comunicarea.

Pentru comunicările privind bolile transmisibile acest mod de comunicare este fără eficienţă şi lipsit de operativitate. De aceea am preconizat ca epidemiologul spitalului de copii să înştiinţeze zilnic directorul adjunct de policlinică a spitalului de adulţi despre cazurile noi apărute, care se înscriu în registrul de boli transmisibile de la biroul de fişier medical şi astfel pot fi cunoscute zilnic de către medicul internist consultant.

Legăturile funcţionale prin şedinţele lunare între medicii care deservesc circumscripţia nr. 79 au fost introduse la începutul trimestrului II al anului 1954 la spitalul Bucur. Importanţa acestor şedinţe este incontestabilă, deoarece ele dau posibilitatea analizării problemelor comune ridicate de activitatea zilnică a colectivului de medici care asigură asistenţa

medicală a populației. Totuși, trebuie să recunoaștem că întîmpinăm numeroase greutăți în convocarea ședințelor de colaborare, deoarece medicii sînt foarte ocupați și numai cu greu se găsește o oră potrivită pentru ținerea ședinței, iar faptul că numai interniștii și pediatrul sînt normați pe cîte o circumscripție în timp ce ftiziologul, obstetricianul și venerologul deservesc cîte două sau chiar trei circumscripții, ar însemna ca ei să participe lunar la mai multe ședințe.

Propunerea noastră ca aceste ședințe să aibă loc la nivelul „cartierului", care înglobează un număr de circumscripții îndrumate de colectivul de medici consultanți principali, ar remedia în mare parte aceste greutăți.

Legăturile funcționale organizate au început să dea roade. Fișele individuale s-au îmbunătățit și prin faptul că ele conțin și datele care au rezultat din examinarea bolnavilor de către specialiști și astfel urmărirea medicală este mai corectă, iar medicii au posibilitatea să rezolve operativ

.....

.....

Anexa Nr. 2

Către

SPITALUL UNIFICAT .....

Circ. .....

Str. ..... **Nr.** .....

Raionul .....

Vă aducem la cunoștință că în luna .....

au fost luați în evidență următorii bolnavi:

Nr.	Numele și pronumele	Domiciliul	Diagnosticul
1.	.....	.....	.....
2.	.....	.....	.....
3.	.....	.....	.....
4.	.....	.....	.....
5.	.....	.....	.....

Medic,

multe probleme comune pe baza cunoaşterii problemelor de ansamblu ale circumscripţiei deservite în comun.

Cunoaşterea stării de sănătate a populaţiei este una din condiţiile esenţiale ale muncii fiecărui medic. De aceea, am trecut de la începutul studiului nostru la analizarea amănunţită a morbidităţii circumscripţiei nr. 79. Au fost prelucrate în acest scop cele aproximativ 5.000 de fişe individuale de consultaţii ale celor cinci reţele de specialitate. Analiza morbidităţii fiecărei reţele s-a efectuat împreună cu reprezentantul institutului de cercetări ştiinţifice corespunzător reţelei. Concluziile acestei analize au constituit baza de plecare pentru alcătuirea unui plan complex de activitate a medicilor care deservesc populaţia unui teritoriu comun.

Confruntînd datele de morbiditate pentru anumite boli de exemplu tbc. şi sifilisul, din evidenţa reţelei de specialitate şi de la policlinica de adulţi, am constatat că ele nu corespundeau. De exemplu în evidenţa medicului internist figurau numai 23 bolnavi de tbc. din cei 120 înscrişi în evidenţa dispensarului tbc. şi numai 10 luetici din cei 87 din evidenţa dispensarului antivenerian. Mai mult, medicul de circumscripţie consultant de policlinică nu cunoştea o serie de date de morbiditate a populaţiei, date, pe care le avea însă medicul de teren.

Din acest studiu statistic noi am conchis că:

— medicul de circumscripţie nu cunoaşte decît formal starea de sănătate a populaţiei teritoriului său şi nu o poate utiliza în mod operativ în orientarea muncii sale curativo-profilactice.

— lipsa de legătură dintre medicii care deservesc aceeaşi populaţie duce la mari deficienţe în asigurarea populaţiei cu o asistenţă de bună calitate.

Din studiul morbidităţii au rezultat o serie de concluzii privind principalele probleme ale asistenţei medicale ale circumscripţiei 79. Grupe de boli care predomină în circumscripţie, necesitînd şi cele mai multe consultaţii sînt: reumatismul (12,5%), afecţiuni cardio-vasculare (9,4%), afecţiuni gastrice şi boli endocrine. Diagnosticul este însă de cele mai multe ori pus în mod neştiinţific. Astfel, se pune diagnosticul de ulcer duodenal sau boala lui Basedow fără a se face un examen radiologic sau metabolism bazal.

Din studiul fişelor reiese o slabă utilizare a laboratorului de analiză şi a radiologiei (pentru 2.876 bolnavi pentru care s-au efectuat 5.383 consultaţii în policlinica de adulţi, s-au făcut numai 376 examene de laborator şi 66 examene de radiologie). Deoarece aceste date nu corespund aglomerării mari de la laborator şi radiologie, conchidem că probabil nu au fost trecute în fişe.

Acelaşi lucru pare a fi valabil şi privind consultaţiile cu specialiştii atît pentru reţeaua de interne cît şi pentru reţelele de specialitate; numărul fişelor consemnate cu examenele specialiştilor este mic (la interne pentru 5.383 consultaţii au fost cerute numai 286 consultaţii ale specialiştilor, pentru ginecologie au existat numai 7 trimiteri la specialişti, în cursul unui an, iar la reţeaua de ftiziologie nu am găsit consemnată în fişă nici o trimitere la specialişti).

De la început trebuie să semnalăm două deficienţe în cadrul analizei morbidităţii, care a fost efectuată în circumscripţia 79, şi anume lipsa studierii mortalităţii pe cauze, şi mai ales lipsa datelor privind morbiditatea

din întreprinderile fără medic, a căror deservire medicală cade în sarcina medicilor de circumscripție.

Această din urmă lipsă, oglindește interpretarea noastră unilaterală, îngustă, a principiului teritorializării, în organizarea spitalului unificat, prin asistența medicală bazată exclusiv pe principiul circumscripției teritoriale de domiciliu. În acest fel a fost neglijat principiul priorității asistenței medicale a muncitorilor din întreprinderile industriale, ceea ce creează un egalitarism neprincipial.

Pînă la realizarea unei deserviri medicale ideale, prin același medic, care să țină cont în egală măsură de locul de muncă cît și de domiciliu, formă organizatorică realizabilă numai în etapa în care majoritatea muncitorilor vor locui în cartiere special amenajate în apropierea întreprinderilor, asistența medicală teritorializată cu punctul de greutate la întreprindere pare a fi forma organizatorică potrivită. Această formă organizatorică nu exclude însă asistența prin medicii circumscripției de domiciliu a salariatului, în cazurile de îmbolnăvire în care acesta nu este deplasabil și cere crearea legăturilor între medicul de circumscripție de domiciliu și cel de întreprindere sau de circumscripție, care deservește întreprinderea fără medic, poate prin reactualizarea carnetului de sănătate.

Problemele rezultate din analiza morbidității, așa cum am făcut-o în anul 1953, ne-au demonstrat care sînt acele chestiuni a căror rezolvare poate fi efectuată cu mai multă eficiență prin colaborarea organizată a mai multor specialiști, pe baza unui plan de muncă complex și care, sîntem convinși că se vor solda cu îmbunătățirea asistenței unor categorii de bolnavi chiar în condițiile actuale de funcționare a circumscripției spitalului unificat. Planul complex este aplicat de colectivul de medici care deservesc circumscripția 79 sub îndrumarea și coordonarea internistului consultant de policlinică.

Planul complex propus de noi pentru circumscripția nr. 79 a cuprins cinci grupuri de probleme:

I. Măsuri de îmbunătățire a asistenței medicale acordată salariaților suferinzi de reumatism, care în anul 1952—1953 reprezintă 12,5% din morbiditatea rețelei de adulți prin:

a) îmbunătățirea condițiilor de muncă a bolnavilor reumatici prin recomandațiile făcute întreprinderii sau instituției privind măsurile ce trebuie luate la locul de muncă;

b) planificarea asanării infecțiilor de focar la acești bolnavi;

c) urmărirea trimiterii la cura balneo-climatică a acestor bolnavi și supravegherea medicală a celor înapoiați de la cură;

d) preluarea cazurilor de reumatism de la rețeaua de pediatrie în momentul trecerii acestora din evidența medicului pediatru în evidența rețelei de adulți.

II. Măsuri de îmbunătățire a asistenței medicale acordată bolnavilor cu afecțiuni cardio-vasculare, care însumează 9,4% din totalul cazurilor de îmbolnăvire din circumscripția 79 prin:

a) depistarea precoce a bolii hipertonice, prin luarea tensiunii arteriale în mod obligatoriu la toți bolnavii care se prezintă pentru prima oară la consultație;

b) îmbunătățirea condițiilor de muncă ale cardiacilor prin comunica-

rea cazurilor la întreprinderile respective, cu recomandații privind unele măsuri ce trebuie luate la locul de muncă ;

c) internarea profilactică în staționar, cel puțin odată pe an, a bolnavilor cu insuficiență cardiacă pentru prevenirea decompensării.

III. Îmbunătățirea activității dispensarului antituberculos, prin :

a) luarea precoce în evidență a bolnavilor tbc., prin comunicarea regulată a cazurilor suspecte de către alte rețele și îndreptarea lor la dispensarul anti-tbc. numai după efectuarea radioscopiei pulmonare și a examenului de spută ;

b) executarea IDR-ului și a vaccinării BCG la toți locuitorii între 0—25 ani (pînă la 15 ani rețeaua de pediatrie, de la 16—25 ani rețeaua de adulți) sub îndrumarea medicului ftiziolog ;

c) intensificarea asanării focarelor tbc. Dezinfecția la depistare și internare de către Sanepid, dezinfecția continuă de către rețeaua de ftiziologie.

IV. Măsuri privind lupta antivenerianâ, prin :

a) executarea a trei serii de tratamente pentru toți bolnavii care sînt în evidența circumscripției 79. Execută medicul venerolog și medicii de întreprindere ;

b) depistarea serologică pentru toți salariații din circumscripția nr. 79 prin medicii de întreprindere și medicii de circumscripție pentru întreprinderile fără medic, sub îndrumarea specialistului.

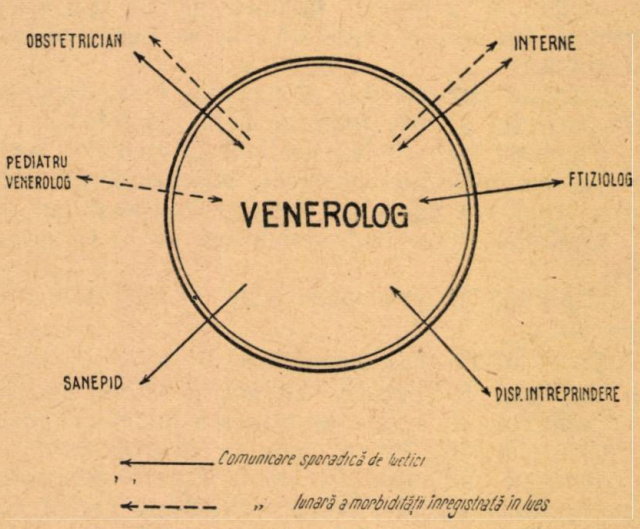
V. Măsuri privind ocrotirea mamei și a copilului :

a) îndrumarea de către rețeaua de obstetrică și ginecologie a tuturor gravidelor depistate către medicul internist, atît în momentul depistării cît și în luna a 9-a, pentru a fi examinate ;

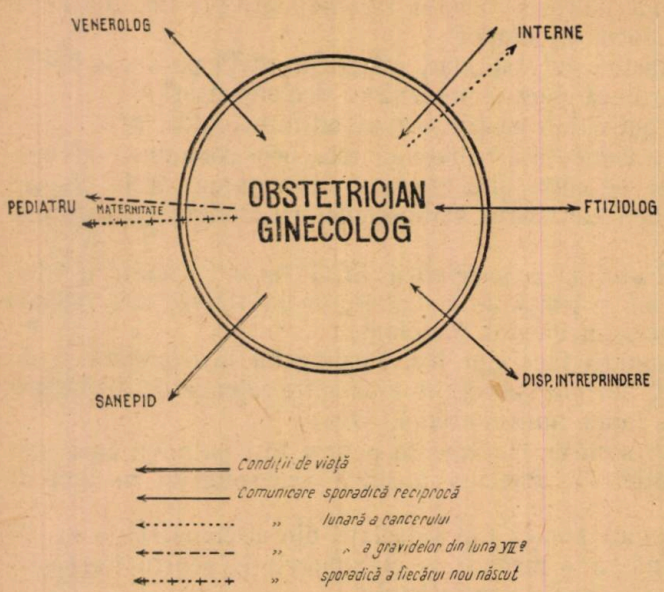
b) comunicarea gravidelor din luna a 7-a rețelei de pediatrie de către rețeaua de obstetrică ;

c) controlul periodic din 3 în 3 luni a bolnavelor tbc. din circumscripție de către medicul ginecolog al circumscripției la dispensarul de ftiziologie.

Aplicarea planului complex a necesitat mobilizarea conducerii spitalului și antrenarea sa alături de colectivul medical al circumscripției nr. 79, precum și cointeresarea medicilor spitalului Bucur în problemele organizatorice. In acest scop au fost pregătite sub îndrumarea noastră două ședințe de referate cu subiecte organizatorice, folosind datele experimentărilor la acel spital.



Cunoscînd importanța unei bune evidențe primare, una din preocupările noastre a fost îmbunătățirea fișelor individuale de consultații. Me-



dicii circumscripţiei 79, au revizuit, în etape, fişele bolnavilor lor, au completat în măsura prezentării acestor bolnavi datele anamnestice, privind condiţiile de mediu şi alte probleme. De asemenea s-a făcut confruntarea fişelor bolnavilor cu t.b.c. şi sifilis cu date din evidenţa dispensarelor de specialitate, completarea fişelor cu datele necesare şi aplicarea pe aceste fişe a unor semne distinctive. De pildă, cerc roşu pentru bolnavii tuberculoşi, cerc albastru pentru luetici etc., pentru a semnala sorei de fişier că este vorba de bolnavi din evidenţa specială.

Alte măsuri pregătitoare au constat în întocmirea jurnalului de circumscripţie şi introducerea autocontrolului ca metodă de verificare a activităţii proprie a medicilor.

Jurnalul de profil al circumscripţiei reprezintă la început o oarecare greutate şi cere muncă în plus, dar odată întocmit, în mod corect, şi completat cu grijă, devine un preţios document care oglindeşte dinamica activităţii pe circumscripţie. Astfel de jurnale am găsit de altfel şi la spitalul unificat nr. 2 Ploeşti, la unele spitale din Bucureşti şi din provincie, întocmite din proprie iniţiativă, sau pe baza indicaţiilor autorilor sovietici. (Verşinina).

Jurnalul elaborat de noi cuprinde toate datele mai importante privind circumscripţia şi este împărţit în 7 capitole:

Capitolul I cuprinde colectivul de medici şi cadre medii, harta circumscripţiei cu instituţiile medicale, întreprinderile, etc. şi caracterizarea circumscripţiei din punct de vedere medico-sanitar.

Capitolul II cuprinde datele privitoare la starea de sănătate a populaţiei.

Capitolul III, principalii indici de activitate a circumscripţiei în dinamica lor.

Capitolul IV. Dispensarizarea.

Capitolul V. Educaţia sanitară şi activul de masă.

Capitolul VI. Unele aspecte ale muncii medicale.

Capitolul VII. Planul complex de activitate.

Jurnalul circumscripţiei se face pe o perioadă mai lungă, pe 5 ani, şi astfel acest jurnal oferă posibilitate urmăririi activităţii circumscripţiei sub mai multe aspecte pe un timp îndelungat. In cazul schimbării medi-

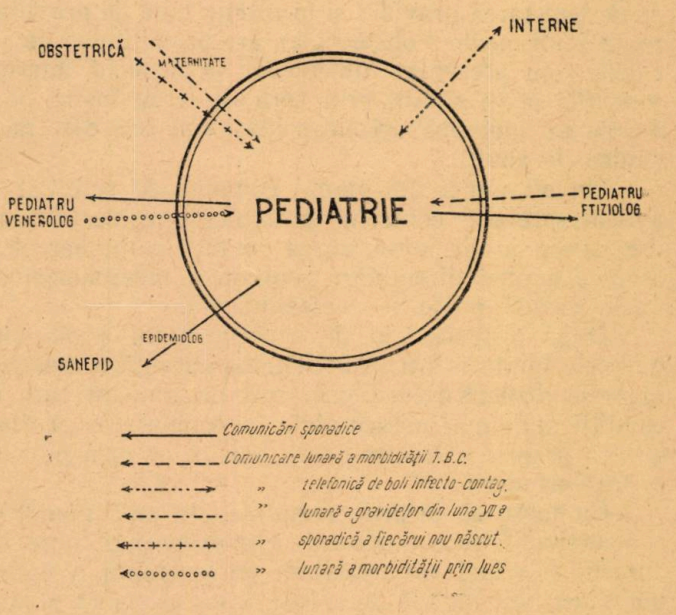
cului, noul medic va găsi un prețios sprijin în jurnalul de profil al circumscripției.

Cealaltă metodă, metoda autocontrolului, elaborată în Uniunea Sovietică de prof. Batkis, constă în revizuirea lunară de către medicul internist al circumscripției, a tuturor consultațiilor pentru a vedea în ce măsură au fost urmăriți bolnavii. În condițiile circumscripției cu o populație medie de 4.000 persoane, această metodă este perfect utilizabilă. Metoda constă în faptul că în primele zile ale fiecărei luni medicul controlează toate fișele din luna precedentă, urmărind dacă diagnosticele puse inițial au fost confirmate sau nu de specialiști, dacă bolnavul a respectat recomandațiile medicale și dacă tratamentul a fost într-adevăr efectuat. Fișele care prezintă deficiențe sînt scoase și pe baza unui plan operativ pentru luna în curs se remediază lipsurile constatate prin completarea fișelor, precizarea diagnosticelor pe baza reexaminării bolnavilor invitați în acest scop la policlinică ș. a.

În condițiile circumscripției noastre medicul nu are posibilitatea să revizuiască lunar toate fișele. Totuși, autocontrolul poate fi aplicat și la noi. De pildă, în rețeaua de obstetrică și ginecologie am propus ca medicul să treacă în revistă la sfîrșitul lunii evidența gravidelor controlînd dacă analizele recomandate au fost efectuate și dacă rezultatele au fost consemnate în fișa individuală sau dacă gravidele au fost examinate de către medicul internist în intervalul propus de obstetrician.

Internistul poate utiliza această metodă față de bolnavii urmăriți pe baza planului complex. Aceste metode nu constituie o muncă în plus, ci dimpotrivă sîntem convinși că vor ajuta la o mai bună organizare a muncii, la o folosire mai rațională a timpului.

În acest fel medicii au posibilitatea de a cunoaște mai bine unele din problemele circumscripției lor, ei sînt nevoiți să-și analizeze activitatea și să se preocupe de înlăturarea greșelilor comise. Autocontrolul dezvoltă răspunderea medicului, îl silește să lichideze cu îndeplinirea formală, mecanică a sarcinilor care îi revin în legătură cu asistența medicală a populației, îl face să aplice din ce în ce mai mult și în activitatea de policlinică cele învățate în staționar, să privească fișa individuală de ambulator nu ca un act birocratic ci ca foaia de observație clinică a policlinicii.



Planul complex este o urmare firească a preocupărilor pentru ridicarea continuă a asistenței ambulatorii de la nivelul circumscripției și este o formă mai simplă a dispensarizării.

Din multitudinea problemelor puse în fața colectivului de medici, noi am ales pentru primele luni de experimentare numai cîteva aspecte care ni s-au părut deosebit de importante și în același timp realizabile.

Astfel, ne-am propus să începem cu supravegherea reumaticilor al căror număr este însemnat. Medicii consultanți ai circumscripției 79 au triat fișele bolnavilor de reumatism și sora circumscripției se deplasează la domiciliul acestora și îi invită la policlinică pentru anumite zile și ore dinainte fixate. Cu ocazia prezentării bolnavilor, pe baza examinării lor, fișele acestora se completează, se pun în plicuri și se aplică pe ele un semn distinctiv. În același timp se întocmește și biletul de program identic cu cel propus pentru urmărirea salariaților dispensarizați din întreprinderi.

Medicul de circumscripție de la policlinică are posibilitatea examinării complexe a bolnavului și luării unor măsuri terapeutice prin care caută să evite agravarea bolii și eventualele complicațiuni. După caz, bolnavul este invitat la anumite intervale de timp să se prezinte la control.

Cu ajutorul biletelor de program și a autocontrolului, medicul urmărește prezentarea bolnavilor la consultațiile planificate și în caz de absentare, îi invită din nou prin sora de circumscripție.

Pe baza planului complex, internistul va prelua de la rețeaua de pediatrie copiii bolnavi de reumatism care au împlinit vîrsta de 16 ani și deci trec în supravegherea medicală a policlinicii spitalului unificat de adulți.

Pentru urmărirea medicală cît mai bună a gravidelor am introdus în circumscripția experimentală, controlul obligatoriu al gravidelor de către medicul internist, control care se efectuează la policlinica de adulți, unde toate posibilitățile unei examinări complexe sînt mai bine asigurate decît la serviciul de consultații pentru femei. Aceste consultații se fac imediat după depistarea gravidei și în ultima lună de graviditate. Prin metoda autocontrolului medicul obstetrician are posibilitatea de a se convinge dacă gravidele s-au prezentat într-adevăr la medicul internist, dacă diagnosticele concordă și în sfîrșit, prin sora de teren invită pe acele gravide care au nevoie de unele măsuri terapeutice sau cele care nu s-au prezentat la policlinica de adulți.

Un alt punct din planul complex de activitate care a început să fie aplicat, prevede controlul ginecologic trimestrial al femeilor bolnave de tbc. aflate în dispensarizarea unității antituberculoase, pentru depistarea precoce a unei diseminări genitale a tuberculozei sau a sarcinii, care în unele cazuri poate fi contraindicată.

După primele luni de experimentare a planului complex, multe din punctele lui au intrat în activitatea curentă a medicilor în ciuda greutăților inerente dispensarizării prin spitalul unificat care în această acțiune are condiții mult mai nefavorabile în comparație cu dispensarizarea prin policlinica proprie a întreprinderii sau chiar prin punctul de sănătate medical al întreprinderii.

Cu toate că primele rezultate ale unei munci planificate și raționale a colectivului care deservește circumscripția încep să arate unele roade și suntem convinși că urmărirea perseverentă a aplicării metodelor arătate vor duce fără tăgadă la o mai bună asistență a populației printr-o activi-

tate mai calificată, mai de răspundere a medicilor, totuşi se pune întrebarea în ce măsură această experienţă poate fi generalizată cu timpul.

Sîntem conştienţi că cele cîteva aspecte studiate de noi nu reprezintă deslegarea problemei de bază a asistenţei prin spitalul unificat ci vor putea aduce, după cum s-a arătat, unele îmbunătăţiri şi ca atare socotim că sînt binevenite. În cursul prelucrării materialului adunat ne-am dat însă şi mai bine seama că pentru a aduce îmbunătăţiri simţitoare asistenţei medicale prin spitalul unificat, este necesară atacarea cîtorva probleme de bază.

Inainte de toate, instrucţiunile Ministerului Sănătăţii şi ale C.C.S. privind evidenţa, completarea şi eliberarea certificatelor de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă, pornind de la principiul deservirii teritoriale a salariaţilor după locul de muncă şi în măsură mult mai redusă după locul de domiciliu, atrage după sine şi modificări organizatorice importante legate de întărirea asistenţei medicale la locul de producţie, de reorganizarea corectă a circulaţiei completării şi păstrării fişelor, de elaborarea legăturilor care vor trebui să existe între medicii celor două instituţii care vor asigura asistenţa medicală a angajaţilor, de delimitarea precisă a atribuţiilor acestora, de problemele studierii morbidităţii cu incapacitate temporară de muncă pe ramuri de producţie precum şi a morbidităţii generale pe teritoriu ş. a.

Studiile noastre vor trebui să fie reconsiderate şi amplificate în lumina acestor evenimente pentru a generaliza tot ceea ce a rămas valabil în condiţiile schimbate, care nu micşorează ci dimpotrivă pune cu şi mai mare acuitate problema legăturilor şi a activităţii planificate şi raţionale a colectivului de medici specialişti care deservesc populaţia circumscripţiei. De data aceasta însă deservirea medicală trebuie făcută cu faţa spre întreprindere, spre circumscripţia teritorială care cuprinde locul de muncă, fără a neglija însă circumscripţia de domiciliu. Trebuie avută în vedere atît influenţa mediului de la locul de producţie cît şi de la locul de domiciliu, asupra sănătăţii populaţiei muncitoare, lucru realizabil prin colaborarea medicilor din ambele circumscripţii.

Concomitent cu aceste studii sîntem datori să experimentăm alte forme de grafice de muncă, mai potrivite posibilităţilor şi necesităţilor noastre imediate. O astfel de formă nouă este graficul ciclic de activitate a medicilor consultanţi, care în forma sa cea mai simplă presupune ca jumătate din medicii consultanţi normaţi pentru spitalul unificat, să lucreze timp de şase luni exclusiv la staţionar, în timp ce cealaltă jumătate să asigure asistenţa ambulatorie a populaţiei la policlinică, întreprindere fără medic şi domiciliu, urmînd să roteze după trecerea acestui interval.

Intr-o fază mai avansată sau în condiţii prielnice chiar de la început, sistemul de muncă ciclic va putea fi modificat în sensul rotaţiei din 6 în 6 luni între medicii consultanţi grupaţi în trei grupe şi concomitent, printr-o mai bună folosire a cadrelor, vom putea cîştiga un număr de cadre prin care vom reuşi să sporim numărul circumscripţiilor sanitare, micşorînd numărul populaţiei pe circumscripţie.

Un alt sistem de muncă propus de unii organizatori de sănătate este graficul trifazic de muncă efectuat de medicul consultant care are o normă şi jumătate de muncă, sistem ce ar putea duce la o rearondare a circum-

scripţiilor şi la micşorarea numărului de populaţie ce revine pentru fiecare circumscripţie.

Sistemul ciclic pare a prezenta avantaje reale, îndeosebi pentru medicii circumscripţiilor îndepărtate de spitalul unificat. Scopul celor două sisteme este îmbunătăţirea asistenţei medicale prin o mai justă utilizare a timpului medicilor consultanţi, prin evitarea grabei şi prin calificarea lor mai temeinică.

De asemenea, sîntem de părere că metoda dispensarizării trebuie lărgită prin includerea în acest sistem şi a unor întreprinderi mai importante, care nu au medic, după ce experimentarea metodologiei va duce la elaborarea unor măsuri simple, cărora medicul de circumscripţie, organizatorul dispensarizării şi medicul consultant principal care răspunde de calitatea dispensarizării, le vor putea face faţă.

În schimb dispensarizarea populaţiei credem că nu este de actualitate încă, deoarece acea parte a populaţiei orăşeneşti care creează bunurile prin munca lor în întreprinderi şi în instituţii poate fi cuprinsă în această formă înaintată de asistenţă medicală chiar la locul de producţie.

Considerăm că este de datoria noastră să nu ne oprim la consideraţiuni de ordin teoretic, ci antrenînd cît mai mulţi organizatori de sănătate, dornici de o muncă de cercetare, să studiem sistematic problemele cheie legate de ridicarea permanentă a nivelului asistenţei medicale a populaţiei muncitoare prin consolidarea şi desăvîrşirea reformei unificării.

★

Новые методы работы для улучшения деятельности врача-терапевта медицинского участка объединенной городской больницы

Целью работы было изучение методов улучшения лечебно-профилактической помощи, оказываемой городскому населению объединенной бодьницей.

Главным звеном при оказании медицинской помощи в городской обстановке является медицинский участок, который должен представлять собой коллектив состоящий из врачей специалистов, деятельность которых согласуется врачем-терапевтом городского участка в качестве организатора санитарной работы на соответствующей территории.

Для улучшения работы этого врачебного коллектива, автор предлагает следующие методы:

— использование функциональной связи, устанавливаемой между различными специалистами городского участка;

— при каждом врачебном участке должен существовать журнал по различным профилям, в котором должна производиться динамическая запись медико-санитарного состояния участка;

— применение самоконтроля в деятельности медицинских работников, что даст возможность проверки и планирования врачебной работы:

— изучение заболеваемости населения на территории городского врачебного участка, на основании чего должен быть составлен комплексный план работы для разрешения главных вопросов медицинского обслуживания этого участка коллективом врачей-специалистов.

Опыт указал, что в нынешних условиях городских врачебных участков, эти передовые методы ещё не могут дать наилучших результатов.

Авторы полагают, что найболее насущным вопросом является нахождение организационных форм, при которых можно было бы осуществить уменьшение числа населения для каждого врачебного участка, а также и установление графика работы, который даст возможность укрепить работу поликлиники и на местах, и, таким образом, усилить профилактическую работу.

Nouvelles méthodes de travail pour améliorer le rendement du médecin traitant de circonscription de l'hôpital unifié de ville

Le but de l'article est l'étude des méthodes destinées à l'amélioration de l'assistance médicale curative et prophylactique de la population de la ville par l'hôpital urbain.

La circonscription urbaine, qui est une unité desservie par un collectif de spécialités sous la direction du médecin traitant de circonscription, ayant à sa charge l'organisation de la protection de la santé de son territoire, est le principal chainon de l'assistance médicale du milieu urbain.

Pour améliorer le travail de ce collectif médical, les auteurs proposent les points suivants :

— Utilisation de relations médicales organisées entre les spécialistes de la circonscription ;

— institution du journal de profil de la circonscription, comme évidence dynamique de celle-ci ;

— autocontrôle du travail du personnel médical et auxiliaire, ce qui permet la vérification et la planification de l'activité médicale ;

— étude de la morbidité de la population de la circonscription, étude qui se trouve à la base du plan complexe d'activité, redigé dans le but de résoudre, par le collectif de spécialistes,, les principaux problèmes d'assistance médicale de la circonscription urbaine,

L'expérience a prouvé que, dans les conditions actuelles de circonscription, ces méthodes avancées ne peuvent cependant pas fournir le maximum d'efficacité.

Les auteurs estiment que le problème le plus pressant est de trouver les formes d'organisation permettant la réduction du nombre des citoyens d'une circonscription et l'établissement d'un graphique d'activité, qui rende possible d'intensifier le travail à la polyclinique et sur le terrain, en mettant l'accent sur la polyclinique.

ASPECTE DIN APLICAREA METODEI EXAMENULUI COMPLEX LA O UZINĂ METALURGICĂ DIN CLUJ

Dr. V. SORTAN

Metodele utilizate pînă în prezent pentru depistarea activă şi precoce a formelor incipiente de boală au fost reduse ca număr. Cea mai des folosită a fost cea a examenului periodic.

Toţi organizatorii de sănătate sînt de acord în aprecierea acestei metode ca insuficientă. E destul să amintim cîteva fapte concludente. Pe de-oparte metoda nu e complet cristalizată (se face numai un examen clinic detaliat, sau se completează şi cu cîteva examinări de laborator ca : radioscopia pulmonară, reacţiile serologice, tensiunea arterială, examen sumar de urină), iar pe de altă parte nu peste tot există condiţiile ca medicul, — care execută examenul periodic — să aibă o pregătire clinică necesară depistării bolii în faza incipientă. Nu mai vorbim de o altă deficienţă semnalată în literatură şi anume aceea că un singur medic, chiar specialist fiind, nu va fi în stare să execute un examen complex şi amănunţit în timp util. De altfel nici nu se cerea acest lucru, examinările periodice fiind eşalonate pe întreg anul. Acesta este un mare neajuns pentru metodă, ea putînd să piardă din vedere faza preclinică, faza funcţională a bolii şi să descopere boala, cînd aceasta se găseşte într-o fază avansată.

Cunoscînd aceste neajunsuri ale examenului periodic, concomitent cu Centrul de Organizare Sanitară din Bucureşti, unităţile sanitare de la Cluj au ajuns la concluzia necesităţii introducerii unei metode mai exacte, mai ştiinţifice şi mai eficiente ca rezultate şi măsuri concrete ce trebuie luate în legătură cu sănătatea oamenilor muncii. *Această metodă era cea a examenului complex cu brigadă de medici specialişti.*

Superioritatea metodei este evidentă pentru toţi organizatorii de sănătate. Ea este exactă, ştiinţifică şi se poate executa într-un timp relativ mai scurt, ajungîndu-se la cunoaşterea ca într-un instantaneu a întregii morbidităţi dintr-o colectivitate. În consecinţă, rezultatele obţinute se pot folosi în timp util atît pentru luarea unor măsuri concrete de îndreptare a procesului tehnologic, acolo unde se poate face o legătură netă între acesta şi bolile aflate, cît şi pentru luarea în supraveghere dispensarială a cazurilor cu forme preclinice.

★

Organizarea echipelor complexe de specialişti la întreprinderile mari cu S.M.S.-uri este mai simplă. Dificultăţile apar acolo unde există numai

puncte de sănătate cu medic. Sarcinile de bază desigur că revin aici policlinicii teritoriale în raza căreia se află întreprinderea.

Avînd în vedere această situaţie specială a punctelor de sănătate cu medic, ne permitem a da cîteva aspecte în privinţa felului cum a fost organizat un asemenea examen complex la o întreprindere metalurgică din Cluj.

In acest scop expunerea va fi narativă, căutînd a cuprinde următoarele aspecte :

1. Măsurile organizatorice preliminarii de la nivelul policlinicii teritoriale.
2. Fişa pentru examen complex (comentarii pe marginea ei).
3. Măsurile organizatorice de la nivelul punctului de sănătate.
4. Metoda de lucru a brigăzii complexe de specialişti la faţa locului.
5. Prelucrarea fişelor.
6. Concluzii.

1. Spitalul clinic de adulţi Nr. 1 din Cluj prin policlinica sa şi-a luat ca prim obiectiv de examinare complexă o uzină metalurgică cu punct de sănătate deservit de un medic internist, un medic stomatolog, un felcer şi 3 surori medicale. Era una din cele mai importante de pe raza spitalului, cu un număr mediu de angajaţi care nu permitea afectarea mai multor cadre medicale. Ea necesita această examinare fiind o întreprindere unde deja erau bine studiate şi cunoscute condiţiile de mediu, atît de medicul de întreprindere care le comunicase la secţia de Igienă a Ştiinţelor Medicale Cluj într-o conferinţă intitulată „Bolile ce pot decurge sau decurg din noxele industriale ale procesului tehnologic al unei uzine metalurgice din Cluj" cît şi de Institutul de Igienă şi Sanepidul orăşenesc. In plus, întreprinderea avea o morbiditate, care în genere depăşea indicii medii ale acestei ramuri de producţie.

Pe baza acestor premize ia naştere la 15 octombrie 1952 colectivul restrîns la nivelul policlinicii teritoriale care a avut sarcina de a studia măsurile organizatorice necesare unui examen complex. Din el făcea parte medicul director al policlinicii, medicul responsabil cu întreprinderile, medicul primar internist căruia i-a fost afectată întreprinderea, medicul internist al punctului de sănătate de la nivelul întreprinderii, precum şi medicii şefi de secţie : chirurgie, oftalmologie, O.R.L., stomatologie. Acest colectiv a hotărît elaborarea fişei pe care să fie consemnată munca acestei brigăzi, fiecare şef de secţie elaborînd rubricile respective.

Se hotărăşte data începerii acestei munci, ora cînd se vor deplasa la punctul de sănătate şi numărul de muncitori care vor fi examinaţi zilnic. Colectivul stabileşte ca la 1 noiembrie 1952 brigada să se deplaseze la punctul de sănătate al întreprinderii, ora 16, după ieşirea unor ture de muncitori din producţie şi înainte de intrarea altor ture de seară. Intrucît s-au afectat 3 internişti — în brigadă fiind cooptaţi pe lîngă medicul primar de interne, oncologul, care era un fost asistent de la clinica de boli interne, ftiziologul, alt internist format în clinica de boli interne — şi un medic de laborator în persoana medicului de întreprindere — s-a ajuns la concluzia că trebuie să fie programaţi zilnic între 20—30 muncitori, revenind un număr de 7—10 examinări pe oră, de către toţi specialiştii pe rînd. Colectivul a considerat că nu e un număr prea mare de examinări întrucît aveau de-aface cu oameni care veneau din producţie, presupunînd deci existenţa unei sănă-

tăți relative. Mai mult, faza preclinică a bolilor se știe că e de cele mai multe ori mono- sau oligosimptomatică.

Cunoscînd faptul că și alte rețele au sarcina de examinare a unor colectiviști, colectivul a luat legătura cu rețeaua de ftiziologie care a afectat un medic pentru brigadă, cu rețeaua de ginecologie care de asemenea a trimis un specialist (deși întreprinderea avea numai 1/8 femei din totalul angajaților), cu oncologia care a afectat pe medicul primar internist, al institutului, și cu urologia care de asemenea era interesată.

2. De comun acord cu acești specialiști se stabilește forma „fișei pentru examen complex". Înainte de a reda în extenso această fișă, care e departe de a fi cea mai bună, ne permitem să semnalăm unele deficiențe pe care le are, dar pe care noi — din motive absolut obiective — nu le-am putut depăși.

Colectivul a cunoscut orientarea nouă pavlovistă și a fost conștient de necesitatea examenului neurologic. Lipsa neurologilor la Cluj și mai ales existența unui singur specialist pe raza spitalului, un post fiind vacant, precum și faptul că neurologii de la I.M.F. erau antrenați în alte munci, nu ne-a permis antrenarea neurologului în munca brigăzii. Cunoscut fiind faptul că neurologia s-a desprins ca specialitate din sînul medicinii interne și că medicii internişti de la Cluj au făcut un stagiu la neurologie, a rămas în sarcina lor acest examen, urmînd să consemneze în fișe examenul neurologic sumar pe care l-au executat, iar acolo unde ei vor observa că se schițează o afecțiune neurologică să noteze acest fapt în fișe și, printr-un bilet de trimitere la Policlinica teritorială, să ceară specialistului precizarea formei nozologice a respectivului muncitor.

Pentru afecțiunile care țineau de specialitatea dermato-venerică, tot din lipsă de specialiști am considerat suficientă recoltarea sîngelui pentru R.W., examenul internistului pentru eventualele boli de piele și pentru eventualele boli genitale, examenul urologului și ginecologului, care la rîndul lor aveau să consemneze pe fișe presupunerile lor și prin bilet de trimitere către specialist să ceară precizarea diagnosticului.

În felul acesta am crezut că putem suplini o parte din lipsurile fișei noastre.

Pe de altă parte — pentru a fi cît mai completă — fișa trebuia să cuprindă condițiile de mediu. Cele din întreprindere — cum s-a mai spus, — erau cunoscute îndeaproape atît de medicul de întreprindere cît și de șefii de secție care fuseseră la fața locului anterior. Restul specialiștilor au fost conduși de asemenea pentru a se orienta în procesul tehnologic al întreprinderii. Rămîneau condițiile de viață de acasă. Aici de asemenea erau dificultăți obiective care momentan nu puteau fi învinse.

Totuși, contînd pe nivelul cultural ridicat al muncitorilor, pe o conștiință cetățenească și politică de asemenea suficient de ridicată, am recurs la metoda chestionarului. Cu ocazia întocmirii capului de fișă care a fost completat de un felcer, acesta avea îndatorirea de a face chestionarea în legătură cu condițiile de mediu de acasă. Acest felcer a fost instruit în prealabil în ce direcție să-și canalizeze întrebările pentru a consemna în fișe date pe cît se poate reale și necesare punerii diagnosticului.

Mai facem o ultimă remarcă în legătură cu aceste comentarii. Considerînd examenul complex ca o oglindă a stării sănătății unui muncitor la o anumită dată, noi am legat de această fișă și pe cea de consultații zilnice,

cu atît mai mult cu cît noua orientare a medicinii curative reconsideră boala în unitatea om-mediu. În felul acesta la consultațiile ulterioare medicul de întreprindere va avea o orientare mai reală asupra condițiilor de mediu, a antecedentelor și examinărilor de specialitate, ceea ce va ușura enorm munca curativă. De aceea fișa s-a intitulat — „fișe individuală pentru examen complex și consultații".

Această fișă s-a generalizat în Cluj la cele patru întreprinderi unde s-a executat deja examenul complex. Și o redăm la finele lucrării.

3. Odată fișa realizată, colectivul hotărăște ca medicul de întreprindere să fie medic responsabil de echipă. În această calitate el trece la munca de coordonare de la nivelul întreprinderii. Mereu în legătură cu directorul policlinicii teritoriale, cu medicul responsabil de întreprindere, cu medicul primar internist, se iau ultimele măsuri organizatorice la nivelul punctului de sănătate al întreprinderii.

Se organizează condițiile de lucru, aducîndu-se materialul necesar pentru examinările de specialitate (masa ginecologică, aparatură pentru ORL-ist, panoptic pentru acuitatea vizuală, mănuși pentru urolog, tensiometru, reactiv pentru examenele de urină, rechizitele necesare etc.).

Se stabilește locul de muncă al fiecărui specialist prin inscripții în ambele limbi pentru ca muncitorii să se poată orienta rapid și disciplina în muncă să fie respectată. În sfîrșit, se ia legătura cu președintele comitetului de întreprindere pentru a ține ședințe cu responsabilii de asigurări sociale din grupele sindicale, în care s-a făcut munca de lămurire în legătură cu importanța acestor examinări, cu prezentarea în ziua fixată și răbdarea necesară pentru ca munca medicilor să se desfășoare în bune condițiuni.

La fel, medicul de întreprindere ia legătură cu organizația de bază, sindicatul, serviciul de cadre, serviciul personalului, Crucea Roșie și U.T.M.-ul din întreprindere ca să se ducă muncă de lămurire de fiecare în parte cu ocazia ședințelor pe care le au.

Retrospectiv putem spune că datorită faptului că s-au luat aceste măsuri atît de largi cu organizațiile de masă, am reușit să examinăm 90% din muncitori. De fapt această colaborare a fost prețioasă în toate acțiunile sanitare întreprinse în uzină.

Inainte de a se începe munca brigăzii s-a făcut expunerea procesului tehnologic colectivului de medici, cu demonstrații la fața locului, atrăgîndu-se atențiunea asupra noxelor principale. Unii specialiști cum era internistul, chirurgul, oftalmologul, ftiziologul, ginecologul, cunoșteau încă dinainte aceste condiții, ei fiind obligați de către rețeaua de specialitate să examineze locul de muncă, ceea ce desigur era o ușurință mare. Totuși, s-a insistat din nou pentru ca în felul acesta examinările specialiștilor să fie canalizate spre problemele urmărite de colectiv și anume — legătura dintre procesul tehnologic, condițiile de mediu și morbiditatea generală ce va fi găsită. Astfel, s-a ușurat munca atît cu ocazia examinării cît și a concluziilor ce trebuiau trase la sfîrșitul examenului complex. Acestea s-au tras după ce s-au încheiat toate examinările, nu săptămînal ca în alte părți.

4. La data de 1 noiembrie 1952 brigada complexă începe examinarea muncitorilor pe secții. Cunoscut fiind faptul că se lucrează în trei schimburi și că rotarea se face săptămînal — nu s-a făcut o mobilizare nominală ci

numai una generală, la poarta întreprinderii, cu ajutorul comitetului de întreprindere şi a biroului de cadre. Cei examinaţi primeau un bilet special prin care justificau ieşirea din întreprindere pe tot timpul cît a lucrat brigada.

Notăm cu această ocazie că specialiştii care aveau de făcut examinări mai scurte, cum era stomatologul, O.R.L.-istul, oftalmologul, după terminarea muncii nu mai erau reţinuţi la nivelul întreprinderii, întrucît, — după cum s-a mai spus, — concluziile s-au tras după terminarea tuturor examinărilor.

Pe fişe s-au consemnat rezultatele serologice pentru infecţia leutică cît şi cele microradiologice executate în cursul anului 1952. Munca aceasta a fost făcută de către felcerul punctului de sănătate.

Deşi munca celor mai mulţi medici a fost benevolă, ei s-au prezentat cu regularitate şi muncitorii n-au trebuit să aştepte prea mult. S-a avut grijă ca dacă un specialist a lipsit din motive obiective să fie înlocuit cu un altul.

Munca medicilor a fost apreciată atît de muncitorii care s-au prezentat regulat şi care se interesau de rezultatul examinării, cît şi de presa locală care a sezisat acţiunea sanitară de la această întreprindere în mod elogios în două rînduri.

Avînd în vedere că sîmbăta după masă nu s-a lucrat, că a fost un mic interegn în timpul căruia nu s-au făcut examinări din pricina bolii medicului şef de echipă, lucrările s-au prelungit pînă la 15 ianuarie 1953. Altfel ele puteau fi terminate mai repede.

5. După încheierea examinărilor s-a trecut la ultimul stadiu şi anume — la trierea fişelor şi studiul rezultatelor obţinute.

După ce medicul de întreprindere a sortat toate fişele pe specialităţi şi afecţiuni, şi după ce s-a obţinut statistica generală, s-a întrunit din nou colectivul restrîns de la început care a întocmit lucrarea prin care se stabileau atît concluziile generale cît şi cele individuale de la caz la caz, urmînd ca acestea să fie notate pe fişele respective.

Un colectiv şi mai restrîns, format din directorul policlinicii teritoriale, medicul primar internist şi medicul de întreprindere a prelucrat aceste date într-o lucrare intitulată „Munca curativ profilactică prin brigadă complexă de medici la o întreprindere metalurgică din Cluj".

Intrucît parte din aceste concluzii au fost relatate cu altă ocazie, şi întrucît lucrarea de mai sus este şi ea pe punct de apariţie, redăm foarte pe scurt cîteva din concluziile la care s-a ajuns prin examenul complex.

I. S-a făcut o legătură reală şi ştiinţifică între anumite afecţiuni şi procesul tehnologic din sectorul I turnătorie (gripă, angină, boala reumatismală, boala ulceroasă, picior plat etc.).

II. S-au luat măsuri concrete pentru cîteva afecţiuni pe care muncitorii nu ştiau că le poartă, scăpîndu-i de complicaţii grave (sideroză corneeană, boală hipertensivă etc.).

III. S-au pus bazele ştiinţifice ale metodei de dispensarizare în sensul că s-a ajuns la o cunoaştere exactă a morbidităţii generale preclinice şi clinice pe toată întreprinderea.

IV. S-au luat măsuri concrete de protecţia muncii pentru afecţiuni ca : picior plat, varice, hernii precum şi de schimbări ale locului de muncă pentru pulmonari, cardiaci, hipertonici, ulceroşi etc.

V. Se cunosc stările precanceroase care au fost luate în evidență de institutul oncologic, urologic etc.

VI. Examenele complexe cu brigăzi de medici au rezultate frumoase acolo unde se pot organiza. Am expus felul în care s-a conceput această muncă la Cluj, unde deja s-au executat în total la 4 întreprinderi. Arătîndu-se deficiențele și greutățile în muncă, în general numeroase, totuși noi credem că vom fi de folos celor care în viitor vor iniția asemenea examinări.

Metoda de lucru fiind mult superioară examinărilor periodice obișnuite, credem că generalizarea ei, acolo unde condițiile există, va fi de un real folos muncii sanitare precum și clasei muncitoare pe care o slujim.

FAȚA PRIMĂ

Ministerul Sănătății . Policlinica I . Punct de sănătate cu medic	Fișă individuală pentru examen complex și consultații	B	F	Marca ..... Data completării .....

Numele..... Pronumele..... născut: anul..... luna..... ziua.....
Domiciliul..... str..... schimbări de adresă.....
Locul de muncă..... secția ..... mutări în secție 1..... 2..... 3.....
Școlaritatea..... profesia de bază..... munca efectiv prestată.....

ANAMNEZA: Antecedente heredo-colaterale.....
Antecedente personale.....
Toxicele pe care le folosește: fumător, nefumător, cît?..... alcool.....

CARACTERIZAREA CONDIȚIILOR DE MUNCĂ DIN SECȚIA UNDE LUCREAZĂ

muncă ușoară, mijlocie, grea; vechimea la locul de muncă; ore suplimentare; (da nu, media), muncă de noaptea; microclimat (temperatură, lumină, curenți, praf, etc); noxe industriale, conflicte la locul de muncă .....
.....
.....

CARACTERIZAREA CONDIȚIILOR DE TRAI: locuința (cubaj, lumină, încălzire, pardoseală, igrasie, cîte camere, cîte persoane), alimentația mixtă sau unilaterală, vitamine etc. Conflicte sociale (divorț, bolnavi cronici, greutăți familiare) .....
.....
.....

EXAMEN PENTRU BOLI INTERNE. Starea generală. Greutatea, înălțimea, tegumente, sistem osos, ganglioni, etc.
.....
Aparat respirator .....

Tensiunea arterială .....
Ex. urină: albumină: .....
puroi..... zahăr.....
urobilinogen: .....
R. Wassermann .....
Alte examinări .....

Aparat circulator.....
Aparat digestiv .....
Ficat..... Splină.....
Aparat renal .....
Reflexele oculare..... Reflexele osteotendinoase.....
Diagnostic .....

F A Ţ A II-a

EXAMEN CHIRURGICAL: sistem osteo-articular .....

Boli constituţionale .....

Boli profesionale chirurgicale .....

Procese inflamatorii şi tumorale .....

Diagnostic .....

EXAMEN OFTALMOLOGIC: ex. anexe şi glob ocular .....

Acuitatea vizuală .....

Boli profesionale oculare .....

Diagnostic .....

EXAMEN O. R. L.: ex. rinologic .....

Ex. amigdalian (infecţie de focar) .....

Ex. otoscopic .....

Diagnostic .....

EXAMEN STOMATOLOGIC:

8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8

Boli ale cavităţii bucale .....

Diagnostic .....

EXAMENELE ALTOR SPECIALITĂŢI (urolog, venerolog, neurolog, ginecolog, endocrinolog etc.) .....

MICRORADIOGRAFIA SAU EX. PULMONAR .....

CONCLUZII MEDICALE .....

Propuneri medico-profesionale pentru îmbunătăţirea condiţiilor de lucru .....

Faţa III-a şi IV-a

Data examinării	Semnele subiective, obiective şi examen de laborator	Diagnostic, cifrul bolii	Prescripţii medicale	Zile conced.	Nr. cert.

Некоторые результаты применения метода комплексного освидетельствования рабочих на одном металлургическом заводе в Клуже

Комплексные освидетельствования бригадами врачей дают хорошие результаты там, где эти освидетельствования могут быть организованы. В статье описываются методы, применяемые в этих целях в г. Клуже, где они были проведены на четырех предприятиях.

Автор, указывая на недостатки и трудности, которых было не мало в этой работе, полагает, что настоящий труд явится помощью для тех, кто в будущем будет осуществлять подобные освидетельствования.

Ввиду того, что этот метод работы представляет большие преимущества по сравнению с обыкновенными периодическими медицинскими освидетельствованиями, автор полагает, что распространение этого метода там, где существуют соответствующие условия. окажет существенную пользу для санитарной работы и для здоровья рабочего класса.

★

Aspects de l'utilisation de la méthode de l'examen complexe dans une usine mètallurgique de Clouj

Les examens complexes, faits par les brigades de médecins spécialistes, donnent des résultats satisfaisants toutes les fois qu'ils peuvent être réalisés. L'auteur expose le plan suivant lequel ce travail a été réalisé à Clouj, où de tels examens ont déjà été faits dans 4 entreprises. Il indique les difficultés et les défaillances de cette action, généralement assez nombreuses ; leur exposé sera vraisemblablement utile à ceux qui en initieront d'autres à l'avenir.

La méthode de travail étant supérieure à celle des examens périodiques habituels, il est probable que sa généralisation, toutes les fois que cela sera possible, rendra les plus appréciables services à l'activité sanitaire, ainsi qu'à la classe ouvrière que nous servons.

EFICIENȚA STAȚIONARULUI DE PE LÎNGĂ DISPENSARUL UNEI INTREPRINDERI CARBONIFERE DIN RAIONUL REȘIȚA

de
Dr. IENIȘTEA OCTAVIAN
medicul de igiena muncii al Sanepidului Reșița
și
Dr. NEGRU AGENOR
medicul dispensarului de întreprindere

Rezultatele obținute în reducerea morbidității în cursul anului 1953, prin punerea în funcțiune a unui staționar cu zece paturi la dispensarul minei de cărbuni despre care vorbim, ne-au determinat să alcătuim un studiu asupra eficienței acestor staționale.

Mina noastră, este o mină de cărbuni de mare adîncime, situată în apropierea reședinței raionului, cu un drum de acces destul de dificil. Condițiile de muncă sînt mai grele decît în altă parte, fiind vorba de o mină veche, cu temperaturi ridicate la fronturile de lucru, cu o umiditate de asemenea ridicată, grizutoasă și prăfoasă, condiții care pe lîngă altele au permis și infestarea ei cu ankylostoma încă de mai mulți ani în urmă.

Aprovizionarea cu apă potabilă se face printr-o instalație centrală, formată dintr-un grup de izvoare captate și o rețea de distribuție. In ceea ce privește sectorul subteran, fiecare miner dispune de bidoane individuale pe care și le poate umple în timpul schimbului din butoaie speciale ce se găsesc la fiecare orizont de lucru.

Vestiarul este amenajat după sistemul cu lanțuri, iar baia și dușurile folosesc apa din mină, care nu suferă nici o purificare eficientă.

In sectorul subteran există tinete iar o echipă de vidanjare execută cu regularitate vidanjarea lor.

Muncitorii sînt cazați într-un cămin unde condițiile igienico-sanitare sînt satisfăcătoare, dar în ce privește locuințele familiștilor, în afară de cele nou construite, toate cele vechi prezintă deficiențe serioase, neoferind condiții suficiente igienico-sanitare pentru locuit.

La cantina minei alimentația este bună, în special pentru cei din sectorul subteran, cărora le sînt servite 5000 calorii zilnic, rație bine alcătuită și din punct de vedere calitativ.

Aprovizionarea cu alimente în magazinele din colonie este mult îmbu-

nătățită prin crearea de magazine speciale pentru mineri în urma hotărîrii de la Petroșani.

Intreprinderea este deservită de un dispensar de întreprindere situat într-o clădire frumoasă și corespunzătoare, complet separată de circumscripția sanitară rurală, din aceeași comună, asigurîndu-se astfel o asistență medicală diferențiată minerilor.

In cursul primului trimestru al anului 1953 s-a dotat, utilat și pus în funcție pe lîngă acest dispensar și un staționar cu zece paturi, situat în aceeași clădire și compus dintr-o cameră cu 7 paturi și 2 camere cu respectiv 2 și un pat, rezervate fruntașilor în producție.

In cursul trim. IV 1953 a început dotarea unui cabinet stomatologic, care urmează să deservească tot pe mineri.

Personalul medico-sanitar de care dispune mina, se compune dintr-un medic internist, doi felceri medicali și un felcer igienist, care și-au alcătuit în așa fel graficul orar, încît lucrează toți în ambulator, în staționar și pe teren.

Pentru a putea ajunge la realizarea staționarului de pe lîngă acest dispensar, a fost necesară o muncă susținută din partea tuturor organelor interesate. Astfel, secția sanitară a raionului împreună cu dispensarul de întreprindere, cu conducerea administrativă și sindicală a minei, au contribuit cu toții la punerea lui în funcție. In afară de contactul zilnic dintre personalul dispensarului și conducerea minei, de un real ajutor au fost ședințele lunare de analiză a morbidității, care au atras atenția conducerii întreprinderii asupra problemelor sanitare. Acest lucru s-a reușit într-o astfel de măsură încît astăzi directorul minei este președintele comisiei de sănătate de pe lîngă Sfatul Popular al raionului.

Ceea ce a atras atenția asupra acestui dispensar și deci ceea ce a determinat ca aici să se înființeze mai întîi un staționar de întreprindere înaintea altor unități din raion, au fost:

1. Necesitatea de a crește nivelul asistenței medico-sanitare în sectorul cărbunelui pe linia hotărîrii de la Petroșani.

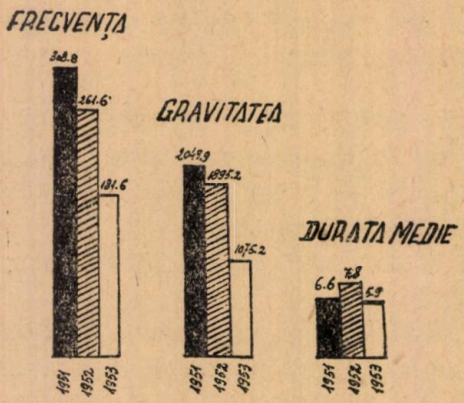
2. Imposibilitatea staționarului spitalului unificat raional de a interna toate cazurile, deci amînarea internării unor mineri bolnavi.

★

Pentru a vedea de la început roadele înființării acestui staționar, redăm mai jos indicii morbidității generale pe ultimii trei ani, reamintind că staționarul a luat ființă în trim. I 1953.

	1951	1952	1953
Frecvența	308,8	261,6	181,6
Gravitatea	2049,9	1895,2	1075,2
Durata medie	6,6	7,8	5,9

Evoluţia indicilor morbidităţii generale
1951—1952—1953



Din datele de mai sus reiese clar că factorul decisiv în scăderea morbidităţii în 1953 faţă de anii precedenţi a fost înfiinţarea staţionarului, prin faptul că scăderea cea mai importantă s-a înregistrat la indicii de gravitate şi durată medie, frecvenţa scăzînd într-o proporţie mai redusă. Scăderea frecvenţei este explicată în bună parte prin realizările obţinute în modificarea condiţiilor de mediu, dar nu acestea constituie factorul determinant în prăbuşirea celorlalţi doi indici. Cînd afirmăm că înfiinţarea staţionarului a adus după sine reducerea masivă a morbidităţii, noi înţelegem că ridicarea calităţii asistenţei medicale ce s-a produs prin înfiinţarea staţionarului a adus aceste rezultate.

Urmărind evoluţia trimestrială a acestor indici ai morbidităţii generale comparativ cu numărul internărilor în staţionar în cursul anului 1953, vom aduce confirmarea afirmaţiilor noastre de mai sus.

	1 Trim. I	9 Trim. II	5 Trim. III	3 Trim. IV
Internări în staţionar . .	28	156	105	121
Frecvenţa	59,4	41,4	36,2	44,6
Gravitatea	416,6	246,4	188,2	224,0
Durata medie	7,0	5,9	5,2	5,0

Se observă clar din datele de mai sus că maximul de scădere în ce priveşte gravitatea, se produce între primul şi al doilea trimestru, cînd apare saltul în numărul de internări în staţionar. In privinţa scăderii constante şi continue a duratei medii, ea se explică prin creşterea calităţii asistenţei medicale şi nu printr-o diferenţă între afecţiunile internate într-un trimestru faţă de celălalt.

Explicaţia creşterii indicilor din trimestrul IV stă în faptul că în acest trimestru s-a pus în exploatare un orizont nou, cu condiţii de muncă foarte grele (temperaturi de 36—38 grade, umiditate 90—95%, etc.) care a determinat o creştere importantă în special a piodermiilor.

Rezultatul îmbunătăţirilor aduse mediului de muncă se oglindeşte în scăderea frecvenţei morbidităţii generale, dar mai ales a acestui indice pentru anumite grupe de afecţiuni, cum ar fi: accidentele de muncă ce au scăzut de la o frecvenţă de 11,2 în primul trimestru la 1,4 în trim. IV, gravitatea lor coborînd de la 87,0 la 7,2.

Pentru a putea demonstra şi mai clar valoarea înfiinţării acestor staţionare pe lîngă dispensarele de întreprindere, vom reda indicii de frecvenţă, gravitate şi durată medie pe trimestrul 1953 comparativ între cele două întreprinderi din raionul nostru care au dispensar propriu şi celelalte cinci care nu dispun decît de dispensare fără staţionar.

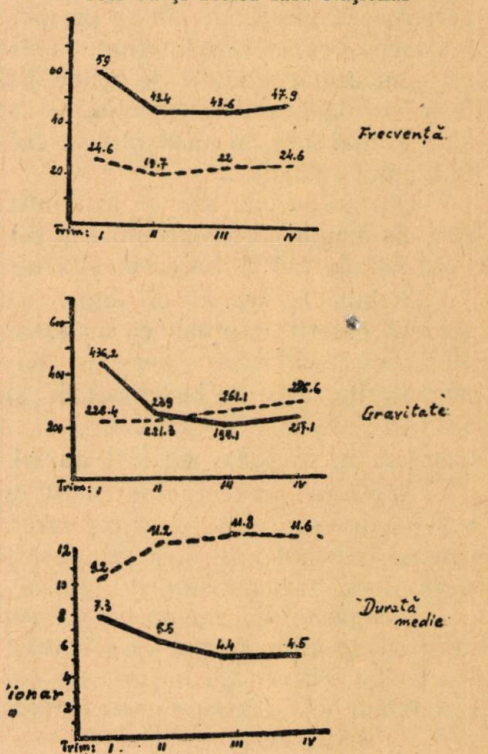
	1 Trim. I	9 Trim. II	5 Trim. III	3 Trim. IV
		FRECVENȚA		
Disp. de întreprindere cu staționar propriu . . .	59,0	43,4	43,6	47,9
Disp. de întreprindere fără staționar propriu .	24,6	19,7	22,0	24,6
		GRAVITATEA		
Disp. de întreprindere cu staționar propriu . .	436,2	239,0	195,1	217,1
Disp. de întreprindere fără staționar propriu .	226,4	221,3	261,1	286,6
		DURATA MEDIE		
Disp. de întreprindere cu staționar propriu . .	7,3	5,5	4,4	4,5
Disp. de întreprindere fără staționar propriu .	9,2	11,2	11,8	11,6

Din datele expuse se poate citi cu ușurință că deși frecvența îmbolnăvirilor scade într-o măsură limitată gravitatea din întreprinderile cu staționar propriu, de unde în primul trimestru era aproape dublă față de celelalte întreprinderi, ajunge să scadă în așa măsură încît în ultimul trimestru ajunge mult sub nivelul indicelui de gravitate al morbidității generale la întreprinderile care nu dispun de staționare. Durata medie crește la cele fără staționar, descrescînd progresiv la cele cu staționar.

Considerăm datele expuse pînă aci drept suficient de elocvente în ce privește rezultatele ce se pot obține prin punerea în funcție a staționarelor de pe lîngă dispensarele întreprinderilor, linie pe care merge Ministerul Sănătății prin reorganizarea asistenței medicale în întreprinderi, conform H.C.M.-ului 1830/1953.

Analizînd mai îndeaproape activitatea depusă de dispensarul de întreprindere de la mina noastră, vom reda mai jos felul în care se repartizează internările în staționarul propriu, după grupe de afecțiuni :

Variația trimestrială a indicilor morbidității generale în 1953, comparativ între dispensarele cu și acelea fără staționar



	% din totalul internărilor
Afecţiuni acute respiratorii	30,5 %
Grupa „Alte boli"	29,9 %
Panariţii, flegmoane, abcese, etc. (piodermii)	12,4 %
Traumatisme în cîmpul muncii	5,6 %
Afecţiuni neurologice	4,4 %
Traumatisme în afara cîmpului muncii	4,2 %
Afecţiuni acute digestive	3,9 %
Reumatism	2,4 %
Angine, amigdalite	1,9 %
Diverse alte grupe de afecţiuni	4,8 %

Rezultă din tabelul de mai sus că grupele de afecţiuni care au figurat cu cel mai mare număr de bolnavi pe statistica anuală a internărilor în staţionar au fost afecţiunile acute respiratorii, piodermiile, traumatismele, afecţiunile acute digestive şi puseele reumatismale, adică tocmai acele afecţiuni care în mod obişnuit încarcă foarte mult morbiditatea în special prin numărul mare de zile de concediu medical pe care le consumă. Deoarece aceste afecţiuni nu prezintă prin ele însele o gravitate deosebit de mare, ele nu pot fi internate şi nici nu este cazul să fie internate, în staţionarul spitalului unificat raional. Dar numai o parte din bolnavi respectă prescripţiile medicale şi aceştia parţial, ori acest lucru determină pe de-o parte prelungirea afecţiunii iar pe de altă parte apariţia unor complicaţii. Dacă însă aceste cazuri sînt internate în staţionarul dispensarului de întreprindere, ele sînt urmărite zilnic de medic, bolnavii sînt îngrijiţi în bune condiţiuni, li se acordă gratuit medicaţia, pe care altfel nu sîntem siguri că şi-o procură şi mai ales, în momentul în care sînt restabiliţi, ei se întorc de îndată în cîmpul muncii.

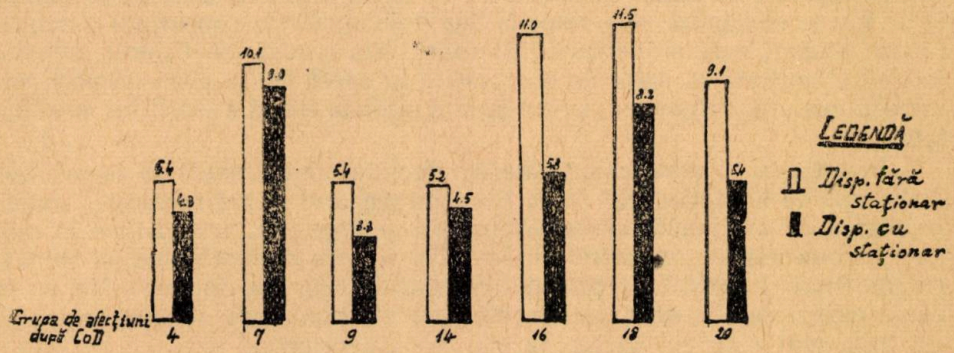
Din grupa alte boli au fost internaţi în staţionar bolnavi pentru precizare de diagnostic cu astenii sau cei care au primit concedii repetate, afecţiuni banale O.R.L. care necesită un tratament mai susţinut, etc.

Trebuie să arătăm că totuşi staţionarul n-a fost folosit la maximum, aceasta datorită faptului că au existat perioade în care s-a reparat şi mai ales unei insuficiente experienţe. Acest lucru reiese din faptul că din totalul muncitorilor care au beneficiat de concedii medicale în 1953, numai 45,1% au fost internaţi în staţionar, iar din toate zilele de concediu medical, acordate în staţionar au fost numai 29%.

Analizînd procentul pe care-l reprezintă concediile acordate în staţionar pe diferite grupe de afecţiuni, faţă de totalul zilelor de internare, se constată că 79,4% au fost acordate pentru grupa altor boli, afecţiuni acute respiratorii, traumatisme de muncă şi piodermii.

Comparînd durata medie a incapacităţii de muncă pe cîteva grupe de afecţiuni la mina despre care vorbim cu altă întreprindere din sectorul extractiv tot din raionul nostru, dar unde nu există staţionar de întreprindere, constatăm că internarea în staţionar scurtează durata incapacităţii de muncă. Astfel avem :

Cod	Grupa de afecţiuni	Durata medie	
		Mina noastră cu staţionar	Mina martor fără staţionar
4	Angine amigdalite	4,3	5,4
7	Reumatism	9,0	10,1
9	Afecţiuni ac. respiratorii	3,3	5,4
14	Afecţiuni acute digestive	4,5	5,2
16	Piodermii	5,8	11,0
18	Accidente de muncă	8,2	11,5
20	Alte boli	5,4	9,1



Durata medie pentru 7 grupe de afecţiuni comparativ—la dispensarul de întreprindere fără staţionar faţă de acela cu staţionar—1953

Trebuie să menţionăm că mina care a fost luată ca temă de comparaţie este una dintre acelea unde condiţiile de muncă sînt cu mult mai uşoare decît la mina pe care o studiem, totuşi indicii duratei medii sînt, aşa cum se vede mai sus, mult mai ridicaţi.

Pentru ca staţionarul de pe lîngă dispensarul de întreprindere să poată da roadele pe care le aşteptăm, el trebuie să îndeplinească o serie de condiţii. Or, tocmai condiţiile materiale depind în bună parte de conducerea întreprinderii — deci este necesar ca această conducere să fie sezisată de dispensarul de întreprindere, lucru care se poate face foarte bine prin şedinţele lunare de analiza morbidităţii.

Din punct de vedere al condiţiilor materiale, trebuie ca staţionarul să fie situat în apropierea dispensarului iar personalul medico-sanitar care-l deserveşte să locuiască de asemenea în apropiere, pentru a putea fi chemat în orice moment, la nevoie. Staţionarul trebuie să fie instalat în camere astfel amenajate încît să-l facă pe muncitorul bolnav să se simtă cît se poate de bine. Interiorul plăcut va contribui la crearea unui echilibru psiho-nervos favorabil unei mai rapide vindecări.

Instrumentarul de care dispune staţionarul şi dispensarul să fie suficient şi de bună calitate, fiind bine dotat cu medicamente şi mijloace minime de examene de laborator elementare.

Alimentaţia bolnavilor care se va face de la cantina întreprinderii să fie corespunzătoare.

La staţionar să existe o mică bibliotecă, un joc de şah, o grădină, pentru ca bolnavii să se poată recrea.

Comportarea personalului medico-sanitar față de muncitorii bolnavi are de asemenea o importanță majoră.

Toate aceste condiții sînt realizate optim la staționarul despre care vorbim.

Din punct de vedere medical la acest staționar se întrebuințează foi de observație clinice care cuprind : numele, vîrsta, locul de muncă, data internării și ieșirii, numărul fișei individuale de consultație, diagnosticul de internare și ieșire, curba febrilă, puls, indicațiile terapeutice și urmărirea bolnavului — evoluția bolii. Se insistă în mod deosebit asupra urmăririi și notării atente a evoluției bolnavului. Pentru antecedente, condiții de muncă și de trai și anamneză, este folosită fișa individuală de consultații a muncitorului bolnav, care pe perioada internării este scoasă din fișierul ambulatorului și anexată la foaia de observație. În acest fel se poate urmări permanent evoluția bolnavului, avînd în față oglinda fidelă a stării lui de sănătate.

In ceea ce privește categoriile de afecțiuni care trebuie să beneficieze de internarea în staționarul de pe lîngă dispensarul de întreprindere, sîntem de părere că afecțiunile acute respiratorii și digestive, traumatismele mijlocii care necesită o urmărire, piodermiile, puseele reumatismale, și bolnavii cu îmbolnăviri repetate, reprezintă categoriile cele mai indicate. Nu au ce căuta cazuri de tbc, contagioase, etc. sau afecțiuni care nu beneficiază de un tratament suficient în staționarul de întreprindere.

Avantajele pe care le prezintă staționarul de întreprindere sînt multiple.

In primul rînd staționarul permite acordarea unei asistențe medicale cu mult superioare. Aci diagnosticul se poate pune cu mai multă precizie, putîndu-se utiliza și metode de diagnostic care nu pot fi utilizate în ambulator. Apoi, unul din marile avantaje constă în faptul că muncitorul bolnav este îngrijit chiar de medicul său, care-l cunoaște bine, îi cunoaște condițiile de muncă și de trai și tot trecutul său patologic. In plus, staționarul mai conferă avantajul posibilității de aplicare a unor metode de tratament superioare. Se pot aplica metode noi de tratament, deoarece se poate urmări deaproape evoluția bolii. De asemenea, tratamentul igienico-dietetic se poate aplica cu certitudine, acasă bolnavul nerespectîndu-l. In sfîrșit unul din factorii cei mai importanți este urmărirea continuă și serioasă a evoluției stării bolnavului. In plus, cu ajutorul bibliotecii de educație sanitară, a convorbirilor și lecturilor organizate, i se poate face și o susținută educație sanitară legată în special de afecțiunea de care suferă.

Tratamentul în staționar oferă un ajutor important în special pentru acei muncitori care locuiesc în cămine și care nu au posibilitatea să se îngrijească singuri.

In sfîrșit, bolnavul mai are avantajul de a nu trebui să fie transportat pînă la staționarul spitalului raional, ceea ce de multe ori reprezintă o contraindicație pentru starea lui.

De asemenea, bolnavul nu mai este expus posibilității de a nu găsi locuri la staționarul spitalului unificat raional și deci de a fi amînată internarea lui.

Pentru spitalul raional reprezintă avantajul că, în funcție de numărul cît mai mare al staționarelor de întreprindere în raion, el va fi deconges-

tionat, munca medicilor va creşte calitativ şi refuzurile de internare sau amînările se vor reduce simţitor.

În ceea ce priveşte personalul medico-sanitar de la dispensarul de întreprindere, staţionarul îi oferă minunate posibilităţi de ridicare continuă a nivelului său profesional. Acest lucru se datoreşte posibilităţii de urmărire a bolnavului, de precizare a diagnosticului prin aplicarea de metode de diagnostic mai complexe, se pot aplica metode noi de tratament, a căror eficienţă se poate urmări, se pot face în sfîrşit lucrări ştiinţifice pe baza materialului adunat din foile de observaţie din staţionar.

În plus, colectivul metodico-ştiinţific din centrul raional poate ajuta mai mult pe medic în ridicarea nivelului său profesional cu ocazia vizitelor periodice pe care i le face, avînd la îndemînă staţionarul unde există bolnavi internaţi şi un număr de foi de observaţie pe baza cărora specialiştii veniţi de la raion pot să arate medicului de întreprindere eventualele greşeli pe care le-a comis şi direcţia în care trebuie să-şi îndrepte atenţia pentru a ridica nivelul asistenţei acordate.

Personalul medico-sanitar de la un astfel de dispensar are ocazia de a beneficia de avantajele unificării, el cunoscînd bolnavul la locul său de muncă, condiţiile lui de trai, alimentaţia şi urmărindu-l atît la ambulator cît şi la staţionar.

Prin înfiinţarea staţionarului morbiditatea scade, incapacitatea temporară de muncă se reduce, muncitorul este redat în cîmpul muncii mai devreme şi cu o stare de sănătate bine verificată. Astfel capitolul „ajutoare de boală" din bugetul asigurărilor sociale scade progresiv, permiţînd în schimb utilizarea din plin a capitolului pentru prevenirea îmbolnăvirilor.

★

Действенность стационара при диспансере угольного предприятия в районе Решица

В результате открытия стационара на 10 кроватей при амбулатории каменноугольного предприятия, все показатели общей заболеваемости снижаются с каждым кварталом, причём их снижение является тем большим, чем большее количество больных помещается для излечения в стационар. Показателями, которые понижаются всего больше и которые доказывают, что для данного случая действенным фактором является стационар и, в меньшей степени, улучшение условий среды, являются показатели тяжести и средней продолжительности заболевания.

Преимущества, в связи с существованием стационара при диспансере предприятия, могут быть объединены в четыре группы:

а) Благодаря повышению качества врачебной помощи, бесплатному лечению, более точному, диагнозу, лучшему лечению и постоянному наблюдению за развитием болезни для больных создаются наиболее благоприятные условия.

б) Число больных в стационаре объединенной больницы уменьшается и госпитализация заболевших шахтеров не откладывается из-за отсутствия свободных мест.

в) Медико-санитарные работники диспансера предприятия, работая согласно принципам объединенной больницы, могут постепенно повышать свой профессиональный уровень.

г) Бюджетные фонды для пособий на случаи болезни могут быть сэкономлены, причем создается возможность взамен этого широко расходовать суммы, предназначенные для предупреждения заболеваний. Производство увеличивается в результате уменьшения дней потери трудоспособности, а продуктивность труда также увеличивается путём возвращения рабочих на производство с проверенным состоянием здоровья.

L'efficacitè du stationnaire* annexe du dispensaire d'une entreprise de charbonnage de Réchitza

Grâce à l'ouverture d'un stationnaire de dix lits attaché au dispensaire de la mine de charbon de Reschitza, le chiffre de la morbidité a diminué chaque trimestre et cette baisse allait de pair avec l'augmentation du nombre des malades reçus au stationnaire. Les chiffres qui baissent le plus et qui prouvent que, plus que l'amélioration des facteurs du milieu ambiant, le stationnaire est l'élément qui joue un rôle déterminant, sont le coefficient de gravité et celui de la durée moyenne de la maladie.

Les avantages du stationnaire annexé au dispensaire d'entreprise peuvent être groupés sous quatre chefs :

a) Amélioration de la qualité de l'assistance médicale, gratuité des médicaments, précision du diagnostic, bonne surveillance du maladie et meilleure qualité du traitement, dont les ouvriers sont les premiers bénéficiaires.

b) Dégagement du stationnaire de l'hôpital unifié du district, ce qui evite les longues attentes des ouvriers malades avant l'hospitalisation.

c) Elévation progressive du niveau professionnel du personnel médical et auxiliaire du dispensaire d'entreprise, qui travaille dans l'esprit de l'unification.

d) Economie budgétaire, permettant d'utiliser les fonds destinés à l'aide pour maladies des assurances sociales comme fonds de prophylaxie.

La production augmente du fait de la réduction du nombre de jours d'incapacité et la productivité générale est accrue par le retour au travail d'ouvriers mieux portants et surveillés de plus près.

---

* Nombre variable de lits affectés au service médical d'une entreprse.

PERSONALITATEA LUI VICTOR BABEŞ *

Conf. Dr. IULIU GHELERTER

In convorbirea cu scriitorul german Emil Ludwig I. V. Stalin arată că : „Marxismul nu neagă deloc rolul marilor personalităţi sau faptul că oamenii fac istoria". Oamenii nu fac însă istoria după bunul lor plac, după fantezia lor. „Fiecare generaţie nouă găseşte condiţii determinate, care sînt gata formate în momentul cînd se naşte această generaţie. Şi oamenii valorează ceva numai în măsura în care ştiu să înţeleagă just aceste condiţii, să înţeleagă cum să le modifice" [1].

O asemenea mare personalitate care a înţeles condiţiile timpului său şi s-a străduit toată viaţa să le modifice, să le ducă înainte pe drumul progresului neîncetat al omenirii, a fost Victor Babeş.

Dacă alături de Pasteur, de Koch, de Mecinikov, de Gamaleia, istoria medicinii îl socoate ca unul dintre întemeietorii bacteriologiei ca ştiinţă, ar fi să diminuăm rolul lui istoric dacă ne-am mărgini numai la această latură a multiplei sale activităţi creatoare.

In bacteriologie Babeş a adus o concepţie nouă, sintetică şi integralistă, care a înălţat această disciplină tînără atunci, la un nivel superior, într-o epocă în care domnea concepţia analitică şi localistă a lui Virchow. Activitatea prodigioasă a lui Babeş nu s-a mărginit însă numai la domeniul microbiologiei, ea a cuprins aproape toate ramurile medicinii. Babeş a fost un precursor în medicina preventivă, în organizarea sanitară, a fost un mare creator de şcoală. Gîndirea materialistă consecventă a lui Victor Babeş, care s-a apropiat pe calea experimentării de materialismul dialectic, a deschis calea medicinii ştiinţifice romîneşti şi a influenţat dezvoltarea întregii noastre ştiinţe.

Dar adevărata personalitate a lui Victor Babeş se întregeşte prin importanta latură socială a activităţii sale, care pune în valoare lupta sa pentru modificarea condiţiilor vieţii, despre care vorbeşte I. V. Stalin. „Victor Babeş ocupă un loc de frunte în istoria ştiinţei noastre nu numai datorită poziţiei sale teoretice materialiste, nu numai prin uriaşa contribuţie pe care a adus-o în domeniul cercetărilor medicale, ci şi prin faptul că el a

---

* Comunicare făcută la şedinţa festivă pentru comemorarea centenarului naşterii lui Victor Babeş, organizată de Centrul de Organizare a Ocrotirii Sănătăţii şi Istoria Medicinii şi de Catedra de Istorie a Medicinii de la I.M.F. Bucureşti, în 9 iunie 1954.

[1] *I. V. Stalin:* Opere, vol. XIII, p. 113, Ed. P.M.R.

luptat pe plan social pentru utilizarea cuceririlor ştiinţei în îmbunătăţirea vieţii maselor muncitoare". (D. Danielopolu) [1].

Spre deosebire de atîţia savanţi occidentali din timpul său aserviţi burgheziei, Victor Babeş n-a făcut ştiinţă pentru ştiinţă, nu s-a izolat în laborator departe de suferinţele şi nevoile maselor. A urmărit neîncetat ca un adevărat savant legătura dintre teorie şi practică; a năzuit întreaga sa viaţă să pună cele mai înaintate cuceriri ale ştiinţei în slujba poporului. Aici s-a ciocnit în repetate rînduri cu oligarhia exploatatoare, care nu înţelegea să folosească din descoperirile savantului decît ceea ce conveneau intereselor ei de clasă, intereselor ei politice şi economice, care urmăreau realizarea celui mai mare profit. Atunci Victor Babeş — după ce arătase cauzele sociale ale mortalităţii infantile şi ale bolilor de masă din ţara noastră, după ce stigmatizase pelagra „boala mizeriei" ca o „ruşine naţională", al cărei leac nu poate fi decît împroprietărirea ţăranilor — a denunţat cu indignarea savantului patriot politicianismul corupt, birocratismul, „nepăsarea pentru interesele ţării" a burghezo-moşierimii.

Deşi Victor Babeş recunoaşte în discursul rostit la Universitatea din Cluj în 1919 că „acest politicianism este cauza tuturor relelor" şi că „este o datorie patriotică să întrebuinţăm toate mijloacele ca să-l nimicim şi să-l înlocuim cu o altă putere care să ne garanteze regenerarea şi progresul" [2], — el nu a izbutit să se ridice deasupra apartenenţei sale de clasă şi să vadă că proletariatul constituie acea forţă căreia îi revenise rolul istoric de a duce societatea noastră înainte spre regenerare şi progres. Cu toată această poziţie, datorită necunoaşterii marxismului şi a condiţiilor istorice, în cadrul celor două culturi naţionale, aceea a claselor exploatatoare şi aceea a celor ce muncesc, despre care vorbeşte Lenin, Victor Babeş, prin atitudinea sa consecvent materialistă şi democratică, se încadrează la loc de cinste în cultura pusă în slujba poporului.

★

În ultimele decenii ale secolului trecut, dezrobirea de sub jugul turcesc, cucerirea independenţei naţionale cu ajutorul Rusiei, au creat condiţii noi de dezvoltare ţării noastre. Dezvoltarea sistemului capitalist în economia romînească progresează cu repeziciune între 1880 şi 1900. Iau fiinţă numeroase industrii de construcţii, alimentare, de zahăr, chimice, textile, metalurgice, forestiere; se dezvoltă rapid industria petroliferă, căile ferate, navigaţia. Mare parte din capitalurile investite în industrii sînt aduse din străinătate; treptat capitalul străin va cuceri poziţii tot mai puternice care vor aduce ţara noastră în situaţia de semicolonie a statelor capitaliste din occident; se dezvoltă totodată şi capitalul industrial naţional.

Creşterea rapidă a capitalismului aduce după sine şi dezvoltarea noii clase sociale, proletariatul, care începe să capete conştiinţa de clasă şi să se organizeze în cercuri muncitoreşti începînd din anii 1874—1875. Burghe-

1 *Acad. D. Danielopolu:* Tradiţiile materialiste ale ştiinţelor medicale din ţara noastră şi dezvoltarea lor pe baza învăţăturii lui I. P. Pavlov, Raport prezentat la sesiunea lărgită a Secţiunii Ştiinţelor Medicale a Academiei R.P.R. din 18—20 decembrie 1952, Ed. Acad. R.P.R., 1952, p. 12.

2 *Victor Babeş,* Volum omagial, Ed. de Stat, 1949, p. 7.

zia în urma „monstruoasei coaliții" cu moșierimea feudală dezertase de la rolul ei de forță progresistă. Rolul istoric de a împinge societatea noastră înainte îi revenise proletariatului. Ducînd mai departe tradițiile de luptă ale maselor asuprite, proletariatul a luptat și pentru îmbunătățirea stării sanitare a poporului și pentru o știință materialistă.

Dacă creșterea rapidă a industriei, dezvoltarea orașelor, epidemiile, necesitățile burgheziei însăși, au impus în această perioadă măsuri de organizare sanitară și înființarea învățămîntului medical în țara noastră — realizate de Nicolae Kretzulescu și Carol Davila — două evenimente aveau să contribuie în mod hotărîtor la formarea medicinii noastre științifice și la orientarea ei pe o linie materialistă. Cel dintîi eveniment este activitatea medicilor democrați-revoluționari refugiați din Rusia țaristă în țara noastră între 1874—1880: Nicolae Petrovici Zubcu Codreanu, Nicolae Russel, Petru Alexandrov, Victor Crăsescu, care au contribuit la închegarea primelor cercuri revoluționare muncitorești, au adus ideile medicinei ruse înaintate (sub influența filozofilor materialiști democrați-revoluționari) au mers să practice în mijlocul țărănimii.

Continuatorul strălucit al activității acestor medici luptători a fost Ștefan Stîncă, a cărui lucrare clasică scrisă în spirit marxist „Mediul social ca factor patologic" (1881), are o importanță considerabilă în dezvoltarea gîndirii medicale materialiste romînești.

Al doilea eveniment este activitatea lui Victor Babeș, începînd de la venirea lui în țară în 1887. Sub impulsul și munca lui neobosită, sub orientarea lui consecvent materialistă, dezvoltînd cele mai noi cuceriri ale științelor medicale și căutînd să le aplice în practică, puternica personalitate a lui Victor Babeș a ridicat la o treaptă nouă, superioară, medicina romînească.

Deși existau o serie de elemente de valoare, medicina noastră era încă la începuturile ei științifice. Cei mai mulți dintre elevii lui Carol Davila, profesori ai tinerei Facultăți de Medicină din București, urmau servil medicina apuseană, facultatea nu avea aparatură, nu avea laboratoare, nu exista nici un institut medical de cercetări științifice. Facultatea de Medicină din Iași era la primele ei începuturi. Organizarea sanitară vădea dezinteresul criminal al burghezo-moșierimii față de sănătatea maselor muncitoare; nu existau nici un fel de măsuri de protecție a muncii sau de asigurare pentru lucrători; asistența medicală la sate exista mai mult pe hîrtie. Pe măsura intensificării exploatării muncitorimii și țărănimii sărace bolile de masă luau o extindere tot mai mare; crește morbiditatea și mortalitatea.

Numărul cazurilor de pelagră de pildă, după statisticile oficiale, care nu corespundeau nici pe departe realității, crește de la 6.694 în 1894, la 19.796 în 1897, la 40.000 în 1900, la 56.000 în 1904. Numărul cazurilor de malarie depășea 200.000 în 1904. Bolile infecto-contagioase făceau ravagii. Variola mai dădea în 1896, 14.659 de cazuri, cu 2.813 decese, difteria dădea o mortalitate între 60—80% [1]. Cifra medie a mortalității generale între 1875—1884 depășește 30‰, între 1885—1894 este de 29,3‰. Procentul mortalității infantile pînă la un an în statistica oficială din 1904 reprezintă cifra de 31% din numărul total al deceselor.

1 *Obregia Al.*: Raport asupra igienei publice și asupra serviciului sanitar al Romîniei pe anii 1898—1904, Buc., 1907, p. 6.

În aceste condiții Victor Babeș înființează în 1887—1888 Institutul de Patologie și Bacteriologie, dezvoltînd o puternică școală de microbiologie și de anatomie patologică, desfășoară o vastă activitate de cercetător, datorită căreia medicina romînească începe să aducă contribuții de valoare la patrimoniul medicinii universale. Savant progresist animat de un adevărat patriotism, Victor Babeș se preocupă de toate marile probleme ale sănătății maselor; el studiază pelagra, malaria, tuberculoza, bolile infecto-contagioase, problema mortalității infantile, problemele de organizare sanitară, rolul statului în ocrotirea sănătății publice, luptă pentru o medicină preventivă. Astfel, așa cum îl caracterizează acad. prof. C. I. Parhon, Victor Babeș a fost acel „om de valoare excepțională, întemeietorul adevărat al activității medicale științifice în țara noastră" [1].

Victor Babeș s-a născut la Viena, în 28 iulie 1854. Tatăl său, Vincențiu Babeș, patriot ardelean cu vederi politice și filozofice înaintate, a funcționat ca jurist pentru problemele romînilor ardeleni în administrația austro-ungară la Viena și la Budapesta. Victor Babeș a urmat liceul și primul an de medicină la Budapesta, apoi doi ani la Facultatea de Medicină din Viena, unde avea să-și dea și doctoratul în 1878. Arătînd aptitudini cu totul deosebite, e recomandat de Rokitanski ca asistent la catedra de anatomie patologică din Budapesta unde funcționează în această calitate timp de 10 ani (1872—1882); în 1881 dă examenul de docență în istologia patologică la Universitatea din Budapesta.

Lucrează pentru a-și desăvîrși cunoștințele în anatomie patologică și în bacteriologie, știința nouă care se dezvolta atunci — în Germania la Ziemssen din München, Recklinghausen și Waldeyer din Strassburg, la Robert Koch și la Virchow; în Franța la Pasteur și apoi ca preparator la profesorul de anatomie patologică din Paris, Cornil, cu care publică în 1885 primul tratat de bacteriologie din lume [2], la care contribuția cea mai însemnată aparține lui Babeș, lucrare fundamentală, care a fost premiată de Academia de științe din Paris.

Apreciat ca un mare cercetător, Victor Babeș e numit în 1885, la vîrsta de 31 de ani, profesor la catedra de istologie patologică și bacteriologie de la Facultatea de Medicină din Budapesta.

În 1887, chemat stăruitor să vie în țară, Victor Babeș părăsește catedra din Budapesta și vine la București ca profesor de anatomie patologică și bacteriologie. Edifică Institutul de Patologie și Bacteriologie creat în 1887, odată cu chemarea sa pentru aplicarea tratamentului antirabic care se răspîndea atunci și pentru combaterea epizootiilor, problemă care interesa în deosebi burghezo-moșierimea. Institutul a funcționat timp de 13 ani într-un imobil din Piața Senatului, în condiții nepotrivite de muncă și din 1899, după lupta stăruitoare a lui Babeș, în clădirea proprie în care se găsește și astăzi.

În acest Institut, cunoscut în lumea științifică și în popor ca „Institutul Babeș", Victor Babeș a luptat aproape 40 de ani, învingînd numeroase adversități — luptînd cu curaj împotriva piedicilor pe care i le punea în cale politicianismul corupt burghezo-moșieresc cu o stăruință, cu o tenacitate ad-

---

1 *Parhon C. I.:* Victor Babeș în Volum omagial, op. cit. p. 11.

2 *Cornil A. V.* et *Babeș V.:* Les bacteries et leurs rôles dans l'étiologie, l'anatomie et l'histologie pathologique des maladies infectieuses, Paris, Felix Alcan, 1885

mirabilă, cu o înaltă probitate ştiinţifică, cu devotament pentru popor, făcînd numeroase descoperiri de importanţă universală, creînd o mare şcoală de anatomie patologică şi de bacteriologie. Printre cei mai de seamă elevi ai săi se numără : Gh. Marinescu, Levaditi, Rainer, Proca, Puşcariu, Sion, Manicatide, Riegler, Şt. Gh. Nicolau, etc.

Institutul cuprindea 5 secţii : bacteriologie, anatomie patologică, secţia veterinară, chimia microbiologică şi tratamentul turbării, la care s-a adăugat apoi a 6-a secţie : seroterapia.

Lista completă a publicaţiilor sale numără peste 1.300 de lucrări ştiinţifice între care numeroase tratate şi monografii importante. Pe lîngă tratatul despre bacterii, tratatul său despre turbare [1], a fost premiat de Academia de ştiinţe din Paris. A fost ales membru corespondent al Academiei din Paris. A fost de asemenea membru al Academiei Romîne. A înfiinţat Societatea de Anatomie şi a întemeiat revistele „Analele Institutului de Patologie şi Bacteriologie" şi „Romînia Medicală". A desfăşurat o vastă activitate didactică, a militat pentru marile probleme de igienă socială, a popularizat medicina prin numeroase conferinţe, broşuri şi articole. In 1919 a participat la reorganizarea Facultăţii de Medicină şi a Institutului de Anatomie Patologică din Cluj şi a predat acolo între 1919—1920.

Victor Babeş a fost pensionat de regimul burghezo-moşieresc pentru limită de vîrstă, în 1926 ; s-a despărţit cu greu de institutul în care muncise o viaţă întreagă şi a murit subit, în 19 octombrie 1926, în vîrstă de 72 de ani.

In 1914, la sărbătorirea a 60 de ani de viaţă, Babeş spunea : „mi-am închinat toată viaţa, toată munca mea, cercetărilor care ar putea aduce în cel mai înalt grad uşurarea mizeriilor omeneşti" [2]. Condiţiile grele în care şi-a desfăşurat munca reies cum nu se poate mai bine din cuvintele pe care le adresa studenţilor cu acelaşi prilej : „manifestarea voastră înflăcărată şi plecată din sufletele voastre tinere, sincere, pe mine mă învioază, îmi ridică moralul greu încercat în ultimele timpuri şi voi îmi daţi o nouă torţă de muncă şi cel mai frumos sprijin moral pe care-l poate aştepta sufletul meu amărît" [3].

Aşa cum îl descrie prof. V. Bologa, Victor Babeş era „mic de stat, firav, domol, chiar timid la vorbă, îţi făcea impresia unui savant pierdut în cercetările sale", dar într-însul fierbea o energie nebănuită, o putere de muncă şi o tenacitate extraordinară [4].

Era o fire rezervată, puţini au ştiut că era un înnotător pasionat care în tinereţe trecuse cel dintîi de la un mal al lacului Balaton la celălalt, şi la bătrîneţe încă despica cu vigoare lacurile din jurul Bucureştiului. (V. Bologa). Desenator de mare talent, ştia să redea admirabil imaginile microscopice pe care le prepara cu o îndemînare deosebită. Strălucit tehnician de laborator, a inventat numeroase aparate şi procedee tehnice noi, care au fost adoptate de bacteriologia mondială : a construit cel dintîi termostat perfecţionat, cel dintîi termoregulator electric, a inventat aparate

---

1 *Babeş V.* : Traité de la Rage, Baillère, Paris, 1912.

2 *Omagiu prof. Victor Babeş,* oferit de Societatea studenţilor în medicină, Bucureşti, 1915, p. 14.

3 *Omagiul,* op. cit., p. 4.

4 *Valeriu L. Bologa :* Victor Babeş, o energie romînească, extras din „Transilvania" an. 73, nr. 5, p. 9.

pentru cultura microbilor anaerobi, a întrebuințat cristalizoarele în locul plăcilor lui Koch, a inventat baloanele mari cu geloză pentru cultura bacilului holerei și al febrei tifoide, în scopul preparării rapide de cantități mari de vaccin, colorația vitală, colorația cu safranină-anilină specifică bacilului leprei și actinomices-ului, etc.

In instalarea Institutului, a adus inovații importante ca aceea a „camerelor sterile" în care să se poată lucra în condiții aseptice. A amenajat pentru prima oară la noi săli de lucrări pentru cercetători și pentru studenți, un amfiteatru modern; a dezvoltat materialul didactic cu proiecții, planșe colorate, demonstrații de piese macroscopice și microscopice, care au alcătuit un bogat muzeu.

A participat la numeroase congrese internaționale de medicină în care a reprezentat cu strălucire știința medicală romînească, aducînd contribuții originale.

De o mare cultură — poet în tinerețe, cînd a ezitat între poezie și medicină — vorbind și scriind în cinci limbi, Victor Babeș nu s-a mărginit la specialitatea sa, ci a urmărit întreaga dezvoltare a medicinei. „Cu cît un învățat — scria el — domînează mai mult știința sa, cu atît vederile sale devin mai largi, cu atît ele se întind mai mult peste marginile înguste ale specialității sale". Pe această cale Babeș a tins întotdeauna spre sinteză, el nu a fost un adunător de fapte ci un creator de știință.

Pilduitoare e figura lui Babeș profesorul, marele creator de școală. A știut să aleagă pe cei mai valoroși studenți ajutîndu-i în muncă și făcînd din ei colaboratori care au devenit specialiști de seamă. „Prof. Babeș, spune acad. prof. N. Gh. Lupu, n-a fost un orator. In expunerile lui de la catedră se exprima de multe ori cu dificultate, dar vorbirea lui era elegantă, fină, interesantă și convingătoare" [1].

El excela în expunerile magistrale ale examenelor anatomo-patologice pe care le făcea la Societatea de Anatomie sau în spitale, — a fost ani de zile prosectorul tuturor spitalelor din București — și în demonstrarea pieselor microscopice care i se trimeteau spre elucidare din toate clinicile din țară.

„Nu uitați că întreaga viață trebuie s-o dedicați științei și chiar dacă ați avea două vieți nu v-ar fi deajuns" — spune I. P. Pavlov în „Scrisoarea către tineretul care se dedică științei". „Știința cere omului o mare încordare a forțelor și o mare pasiune" [2]. Intreaga viață de neobosit și tenace cercetător a lui Victor Babeș a fost dominată de această mare pasiune pentru știință.

★

Acoliții imperialismului, scribii înfeudați intereselor capitalismului susțin și astăzi, așa cum susțineau și în timpul lui Babeș, existența unei „științe imparțiale" expresie a așa zisului „obiectivism" burghez în știință. Studiul dezvoltării istorice a medicinei, ca și a tuturor științelor, demonstrează falsitatea acestei teze, caracterul ei de clasă.

---

1 *N. Gh. Lupu:* Profesorul, în Volumul omagial, op. cit., p. 30.

2 *Vestnik Academii Nauk U.R.S.S.* nr. 3, 1936, v. și *I. V. Pavlov:* Opere alese, ed. II-a, Ed. Academiei R.P.R., 1952, p. 22.

Sinteza datelor culese din observaţie şi experienţă interpretarea fenomenelor, stabilirea legăturii dintre ele şi mediul înconjurător, trebuie să fie călăuzite de o concepţie generală despre lume, de o filozofie, care la rîndul ei reflectă existenţa socială a oamenilor, orînduirea economică a societăţii într-o etapă dată. I. P. Pavlov spune că nu-şi poate imagina cum se poate trăi fără o anumită concepţie despre lume, fără „o părere generală despre lume" [1].

Această concepţie despre lume, „problema supremă a întregii filozofii — aşa cum a arătat Engels — este problema raportului între gîndire şi existenţă, între spirit şi natură" [2] ea nu poate fi decît materialistă sau idealistă, după cum admite primordialitatea spiritului sau a naturii.

Lupta ideologică care s-a dus şi se duce în domeniul ştiinţelor şi al medicinei — reflectare a luptei de clasă — este lupta dintre concepţiile materialiste şi concepţiile idealiste.

Numai pe baza concepţiilor materialiste medicina a progresat neîncetat din antichitate şi pînă astăzi.

De la începutul activităţii sale Victor Babeş a avut o concepţie despre lume şi această concepţie consecvent materialistă, de-a lungul întregii sale vieţi, a călăuzit toate realizările sale ştiinţifice care au îmbogăţit medicina universală.

Concepţia filozofică a lui Babeş — în afara consideraţiilor presărate în diferite opere — este expusă în deosebi în trei lucrări, două din tinereţe „Consideraţiuni asupra raportului ştiinţelor naturale către filozofie" (Revista ştiinţifică 1879—1880, vol. X) şi „Un picuţ de filozofie" (Albumul macedo-romîn, 1880) şi una de la sfîrşitul vieţii, care constituie un adevărat testament ştiinţific: „Credinţa şi ştiinţa" (cuvîntare rostită la Ateneul Romîn în 4 iunie 1924).

Teoria materialistă a cunoaşterii stă la temelia gîndirii filozofice a lui Babeş. El se încadrează printre acei savanţi naturalişti de frunte, care împotriva tuturor devierilor idealiste de la sfîrşitul secolului trecut, fără a se ridica la înălţimea materialismului dialectic, s-au situat pe poziţia „materialismului istorico-naturalist" despre care vorbeşte Lenin în „Materialism şi empiriocriticism". Victor Babeş combate agnosticismul lui Kant „aprioriismul" „filozofia naturii" a lui Schelling, ca şi filozofia lui Eduard Hartmann care influenţa în acea vreme pe mulţi cercetători burghezi. Linia sa hotărît şi clar materialistă se opune de asemenea concepţiilor idealiste, reacţionare, propovăduite de şcoala filozofică oficială romînească prin Titu Maiorescu şi apoi prin C. Rădulescu-Motru, I. Petrovici şi alţii.

Pornind de la concepţia darwinistă, Babeş are idei înaintate asupra evoluţiei speciilor superioare din cele inferioare, susţinînd în afară de modificările lente cantitative — şi existenţa unor schimbări bruşte, calitative: „dezvoltarea raselor şi a speciilor perfecţionate s-ar putea face şi în mod brusc, şi nu numai în modul cum cred Darwin şi alţii, adică o specie sau o rasă întreagă trăind în anumite condiţiuni s-ar dezvolta încet la o treaptă mai înaltă de organizare". Intr-un timp în care se făcea o separaţie hotărîtă

---

1 *I. K. Eroşkin:* Despre bazele filozofice ale învăţăturii lui I. P. Pavlov, „Klinicheskaia Mediţina" nr. 3, 1952.

2 *Fr. Engels:* Ludwig Feuerbach şi sfîrşitul filozofiei clasice germane, Ed. P.M.R. 1949, p. 21.

între lumea anorganică şi cea organică, Babeş susţine că aceasta din urmă s-a produs în împrejurări favorabile din materia neorganică.

„Consideraţiunile asupra raportului ştiinţelor naturale către filozofie" [1]. Incep cu principiul că „observările noastre sensuale corespund realităţii". Babeş pune problema cunoaşterii, respingînd tezele idealiste asupra nerealităţii datelor culese de simţurile noastre precum şi agnosticismul kantian „...nu putem zice cu Kant că despre esenţa lucrurilor nu ştim chiar nimica". Este adevărat că simţurile noastre nu sînt perfecte -- şi Babeş citează ca exemplu punctul orb de pe retină — dar e evident că „pentru cuprinderea lucrurilor nu se cere chiar o completă perfecţiune de simţuri". „Noi pretutindeni completăm lumea prin experienţa pe care o avem despre regularitate, despre ordine, precum le observăm acestea jur împrejur". „Ceea ce ştim despre natură nu este numai imensul material al percepţiunilor noastre, ale memoriei noastre, al tradiţiilor prin care simţurile noastre devin mai perfecte decît ale oricărui animal, ci lucrul cel mai sigur ce-l ştim despre natura asta este : *legalitatea, cauzalitatea,* prin care sîntem puşi deasupra tuturor animalelor". Susţinînd că „conştiinţa în noi trebuie să se nască şi să lucreze după aceleaşi legi ca şi lucrurile din afară", Babeş afirmă cu hotărîre teza că *„gîndirea noastră oglindeşte realitatea obiectivă".*

Babeş formulează patru „trepte" ale cunoaşterii legilor naturii. Prima treaptă : „materia organică este supusă aceloraşi legi ale naturii ca şi cea neorganică" „...materia organică prin împrejurări favorabile s-a produs după legile naturii din materia neorganică". A doua treaptă : „...organismele s-au dezvoltat treptat începînd de la cele mai inferioare născute din materie neorganică şi pînă la producerea omului". A treia treaptă „embriologia" : „dezvoltarea omului începînd de la ou, şi paralel cu aceasta, stadiul de dezvoltare al omului şi al omenirii începînd cu starea cea mai primitivă a barbariei şi pînă la civilizaţiunea de azi".

„Embriologia ne arată dezvoltarea creierului şi împreună cu aceasta *baza materială pentru cugetarea omenească".* A patra treaptă e „scrutarea cuceririlor omeneşti" care ne îndreptăţesc să presupunem „că există un *lanţ material continu ce conduce pînă la conştiinţă, la noţiuni abstracte* şi *chiar la idei".*

Victor Babeş susţine că *„ştiinţa naturală are datoria de a se ocupa de conştiinţă şi filozofie"* şi afirmă „materialitatea obiectelor filozofiei". Bazîndu-se pe datele anatomiei patologice, el spune că *„... nu e posibil să admitem vreo apariţiune supranaturală, cînd vedem că perturbaţiunea corespunde atît de precis anumitelor procese patologice, anumitelor legi naturale".* De aceea sîntem constrînşi a presupune „materialitatea precum a mijlocului aşa şi a subiectului şi *obiectului cugetării,* a *minţii omeneşti,* prin consecinţă : *a cunoştinţei ei".*

Mai tîrziu, în „Cursul de anatomie patologică" Babeş va scrie : „bolile care altădată erau considerate ca „sine materia" sînt astăzi bine cunoscute ca dependente de alteraţiuni organice. Şi dacă mai există boli ale căror leziuni nu le cunoaştem, pricina este insuficienţa mijloacelor de investigaţie".

---

1 Cu privire la lucrările filozofice ale lui Babeş, v. şi acad. *Ştef. Nicolau, Mircea Florian* şi *Mircea Babeş,* „Despre gîndirea filozofică a savantului Victor Babeş", Studii nr. II, an. 3, 1950, p. 47/62 şi *Texte privind dezvoltarea gîndirii social-politice în Romînia.* vol. I, Ed. Acad. R.P.R., 1954, p. 339—345, 356—360.

In lucrarea „Un picuț de filozofie“ [1] Babeș se apropie de materialismul filozofic marxist și de dialectica materialistă. El spune: „Tot ce există se manifestă și trebuie să fie observat, existența vitală e aceea din care se dezvoltă ființa observatoare; ea se manifestă prin *luptă necurmată pentru sine*“. „Existența este lumea materială însăși“. „Cred că sînt dator și îndreptățit a presupune cum că: cel puțin noi cei ce ne interesăm de viață și participăm cu conștiință despre noi la luptele vieții, nu ne îndoim despre realitatea existenței, despre aceea că lumea într-adevăr e și omul în ea“. Existența este eternă, universul este constituit din existențe nenumărate și infinite, „toate compunînd și constituind totul, compunînd și descompunînd după legi eterne, prin mișcare și activitate eternă, în spațiu și timp, continuînd un proces de facere, prefacere și desfacere, compunere, modificare și descompunere, creștere, descreștere și acomodare. Este procesul de creațiune, de formare, reformare și dezvoltare“. Prin mișcare se condiționează *activitatea*, iar prin aceasta se afirmă, dezvoltă și manifestă toate. Fără mișcare continuă ar fi înțepenire, ghiață, moarte continuă... dacă ar putea fi cugetabilă existența fără mișcare.

La o mare înălțime de idei se ridică gîndirea filozofică și social-politică a lui Babeș în lucrarea „Credința și știința“. El combate din nou cu tărie agnosticismul: „...Ceea ce știm este că omenirea a învățat să vadă și să cugete, adică de 5—6 mii de ani niciodată nu s-a dezmințit încrederea ce-o avem în concordanța impresiunii simțurilor noastre sănătoase cu realitatea lucrurilor și faptelor concepute prin simțurile noastre. Putem deci fără șovăire și grijă să ne bazăm în cugetarea noastră pe realitatea faptelor care constituie baza științei“.

Babeș arată că: „Credința reprezintă un grad inferior în dezvoltarea inteligenței“, el critică superstițiile („care au precedat cu mult știința în dezvoltarea spiritului omenesc“) și misticismul. La începutul tuturor religiilor au stat, ritul zeilor și concepția zeilor răzbunători. Babeș arată cum clasele exploatatoare au acaparat credința în interesul lor: „La aceasta s-a adăugat curînd spiritul dominator și speculativ al straturilor dominante ale popoarelor și a persoanelor viclene, care au acaparat zeii și i-au fasonat și cultivat în interesul lor și al dominațiunii lor. Astfel s-au creat profeții, vrăjitorii și preoțimea care au schimbat religiunile în interesul lor și al dominatorilor despoți. Babeș critică cu asprime iezuitismul și papalitatea: „...religiunea catolică a devenit în mîinile iezuiților și domnitorilor autocrați, o armă teribilă împotrivă dezvoltării civilizațiunii, științelor și libertății“.

Babeș spune că este un trist spectacol să vadă pe filozofi și chiar oameni de știință să intre în discuțiuni asupra raportului științei și credinței ca noțiuni de valoare egală, cînd știința modernă din ce în ce arată mai mult binefacerea ei pe toate terenurile de activitate omenească. Știința este adevărul, este cunoașterea și întrebuințarea forțelor naturii spre fericirea omului“.

---

1 Lucrarea „Un picuț de filozofie asupra incidentului“, atribuită de unii autori lui Vincențiu Babeș, tatăl (v. Texte privind dezvoltarea gîndirii social-politice în Romînia, op. cit. p. 334), e considerată de acad. Șt. Nicolau, Mircea Florian și Mircea Babeș „Gîndirea filozofică a savantului Victor Babeș“, op. cit. p. 48 — ca aparținînd lui Victor Babeș atît prin asemănarea de gîndire cît și prin identitatea de termeni cu lucrarea anterioară.

Marile descoperiri ale ştiinţei „au contribuit mai mult la fericirea omenirii decît toate religiunile sau filozofiile...". Pentru aplicarea lor e însă absolut necesar sprijinul statului. Babeş termină cu „trista constatare că pentru îndeplinirea acestor datorii supreme ale Statului, guvernele actuale nu sînt dispuse să facă nici un sacrificiu, nici să găsească oameni, nici mijloace necesare şi nici să renunţe la politica de partid, nici la interesele egoiste ale politicienilor". Babeş vede în acest politicianism „cel mai mare duşman al progresului, civilizaţiunii şi al fericirii omenirii".

Gîndirea filozofică a lui Victor Babeş se împleteşte consecvent cu activitatea sa social-politică. Babeş a denunţat cu curaj racilele regimului burghezo-moşieresc, criminala nepăsare a conducătorilor faţă de sănătatea maselor muncitoreşti, el a luptat pentru folosirea cuceririlor ştiinţei în ameliorarea stării sanitare a poporului. Această latură însemnată a activităţii sale în domeniul medicinei preventive şi al organizării sanitare este expusă în comunicarea tov. conf. dr. Grosz Géza („Concepţii înaintate privitoare la sănătatea publică în gîndirea lui Victor Babeş") [1].

Călăuzit de un cald patriotism, Babeş a combătut cosmopolitismul care subestima realizările medicinei noastre şi proslăvea fără critică, tot ce venea din apus: „...la noi în ţară, acela care face descoperiri utile este cîteodată persecutat şi împiedicat în aplicarea lor de către acei care ar trebui să-i dea ajutorul, pe cînd orice descoperiri sau comunicări oricît ar fi ele de dubioase, care ne vin din străinătate sînt primite la noi cu braţele deschise" („Despre bronşită" 1892). El critică capitalismul prădalnic care pune interesele sale înaintea sănătăţii populaţiei, vorbind într-o conferinţă despre: „Măsuri de luat contra holerii" (1892), de necesitatea de a stabili măsuri de carantină, la care capitaliştii se opuneau Babeş spune: „Nu sînt economist ca să pot aprecia pierderile la care ne supune carantina... trebuie însă să protestez energic contra tendinţei de a sacrifica locuitorii acestei ţări unor considerente comerciale. Cred că sîntem în drept să renunţăm la oarecari avantagii comerciale, dar nu avem dreptul să riscăm viaţa... locuitorilor noştri" [2].

Victor Babeş a luat poziţie împotriva şovinismului şi antisemitismului; el a jucat un rol important în demascarea procesului antisemit înscenat în 1883 în satul maghiar Tisza-Eszlar; depoziţia lui Babeş, medicul legist al procesului, a zădărnicit înscenarea reacţiunii maghiare [3].

Studiind situaţia sanitară în diferite părţi ale lumii, Babeş a demascat lipsa de preocupare a metropolelor pentru ţările coloniale decimate de lepră, ciumă, holeră, care ameninţă neîncetat restul omenirii. In problema medicinei preventive a dat exemplul medicinei înaintate ruse.

★

Nu este posibil să facem în acest cadru un studiu cît de sumar al imensei opere ştiinţifice a lui Victor Babeş; ne vom mărgini să subliniem doar principalele ei aspecte. Caracteristica generală a cercetărilor sale atît de variate a fost aceea izvorîtă din concepţia sa materialistă înaintată — de

1 „Ocrotirea sănătăţii în R.P.R.", 1954, nr. 2, p. 15—28.

2 V. şi *acad. Şt. Nicolau:* Marele savant patriot Victor Babeş, col. S.R.S.C., Ed. de Stat, 1952.

3 *Texte...* op. cit. p. 339.

a tinde mereu spre sinteza faptelor descoperite de el sau de alţi savanţi — în perioada de mare dezvoltare a bacteriologiei, a patologiei şi anatomiei patologice de la sfîrşitul secolului trecut. Operă de sinteză creatoare, legătură constantă între teorie şi practică, iată meritele istorice ale lui Victor Babeş, într-o epocă în care cei mai mulţi dintre cercetătorii apuseni se limitau la lucrări de laborator. Valoarea mondială a lui Babeş e astfel caracterizată de savantul sovietic prof. E. D. Moşkovski în studiul: „Victor Babeş şi rolul lui în evoluţia microbiologiei contemporane" [1]: a fost „unul din cei mai de seamă microbiologi, autor al primului tratat sistematic de bacteriologie medicală, cercetător neobosit, experimentator, maestru în problemele serovaccinaţiei, epidemiolog cu vederi largi, luptător pentru o reală cultură sanitară bazată pe cele mai noi realizări în domeniul microbiologiei şi epidemiologiei".

„...Pivotul de bază, direcţiunea care caracterizează pe acest cercetător şi şcoala pe care a creat-o — scrie E. D. Maşkovski — este linia pe care a trasat-o în ştiinţă şi care este legată de numele său. Această direcţie poate fi denumită patomorfologia procesului infecţios. Este sinteza microbiologiei cu histopatologia, care cuprinde morfologia acţiunii reciproce a terenului şi a agentului infecţios".

Babeş a descoperit peste 50 de microbi noi; în studiul structurii bacteriilor, a descris în 1886, granulaţiile polare ale bacilului difteric, descoperire de o importanţă deosebită pentru diagnosticul bolii. Aceşti corpusculi metacromatici poartă azi numele de corpusculii lui Babeş-Ernst (Ernst i-a studiat după descrierea lui Babeş). In 1887, Babeş a descoperit înaintea lui Much, granulaţiile din bacilul tuberculozei şi al leprei. A descris formele incapsulate ale microbilor şi metodele de colorare ale capsulei, cilii microbieni şi coloraţia lor, coloraţia vitală; a descris cel dintîi formele actinomicotice ale bacilului tuberculozei şi ale bacilului leprei. A arătat cel dintîi că microbii tuberculozei, morvei, leprei, pot pătrunde în organism prin pielea intactă. A studiat bolile produse de asociaţii microbiene.

In 1885, Victor Babeş studiind concurenţa microbilor, prevede bacterioterapia „...o maladie cauzată de unele bacterii, poate fi tratată cu alte bacterii; noi orientări în terapeutică sînt permise". Astfel Babeş e un precursor în terapeutica cu antibiotice, ce avea să se înfăptuiască o jumătate de secol mai tîrziu.

Victor Babeş a fost un mare precursor în domeniul seroterapiei şi al imunologiei. A fost cel dintîi care a preconizat hemoterapia, de la aceasta a trecut la serovaccinaţie, imunizarea prin complexul toxină-anatoxină; a dovedit experimental posibilitatea transmiterii calităţilor preventive şi curative ale sîngelui animalului imunizat. In discursul de recepţie la Academia Romînă din 24 martie 1895 [2] Babeş anată că din 1889, a făcut o serie de experimentări, pe care le-a publicat şi din care rezultă în mod sigur că: „sîngele animalelor imunizate în contra unei boli infecţioase are proprietatea de a transmite această imunitate şi altor animale susceptibile pentru aceiaşi infecţiune. Acest sînge imunizator este eficace chiar împotriva unei

1 *Jurnal mikrobiologhii, epidemiologhii i imunologhii*, nr. 8—9, 1946, v. şi Volumul omagial, op. cit., p. 40—53.

2 *Victor Babeş*: Despre transmiterea proprietăţilor imunizante prin sînge animalelor imunizate. Analele Acad. Romîne S. II, t. XVII, 1894—1895

infecțiuni anterioare, posedă adică nu numai calități profilactice, dar și terapeutice". Babeș revendică prioritatea acestei descoperiri față de Behring și Kitasato, care au descris imunizarea în tetanos în 1890 și apoi în difterie. Babeș arată că a întrebuințat în practică tratamentul cu sînge de animale imunizate amestecat cu virus fix în rabie și a salvat astfel în 1890, 30 de persoane mușcate în Bucovina de un lup turbat: „am putut salva toate aceste persoane, pe cînd dintre persoanele tratate numai după metoda lui Pasteur, 3 au sucombat de turbare înaintea sfîrșitului tratamentului, de asemenea a murit și unica persoană care nu s-a supus tratamentului".

Analizînd lucrările lui Babeș și recunoscînd prioritatea sa în acest domeniu, E. D. Moșkovski, scrie că concepția lui Babeș „stă la baza doctrinei imunității pasive. Babeș se situează deci printre întemeietorii seroterapiei contemporane"...

În dezvoltarea seroterapiei, Babeș a inventat în 1900 o metodă nouă, economică și rapidă de preparare a serului anti-difteric, care a fost adoptată și de Institutul Pasteur din Paris. Datorită străduințelor sale „Romînia a fost cea dintîi țară din lume în care serul anti-difteric a lui Babeș a fost folosit pe o scară întinsă" (D. Danielopolu) [1], ceea ce a dus la scăderea rapidă a enormei mortalități provocate de angina difterică și de crup.

Babeș a avut cercetări cu rezultate originale în holeră — unde a stabilit perioada reală de incubație și a perfecționat vaccinarea anti-holerică pe care a folosit-o cu succes în ultimele epidemii din țara noastră — în ciumă, morvă, febra tifoidă și febrele para-tifoide, gangrena pulmonară, tuberculoză, sifilis, a studiat lepra din punct de vedere clinic, bacteriologic și anatomo-patologic, dovedind că bacilul leprei pătrunde în tot sistemul nervos; lucrările sale în domeniul leprei sînt considerate clasice. În domeniul virozelor, Babeș a studiat scarlatina, variola, rujeola, tifosul exantematic, febra aftoasă.

Babeș a adus contribuții esențiale în bolile infecțioase ale animalelor; studiind o boală care decima bovinele și ovinele din cîmpia Dunării, a descoperit o nouă clasă de microorganisme patogene ale animalelor domestice care au fost denumite: „babesii" iar bolile provocate de acestea „babesioze" după numele descoperitorului. În parazitologie, Babeș a studiat, printre altele malaria, trichinoza, a descoperit cel dintîi botriocefalul în țara noastră etc.

În domeniul turbării, Babeș este cel mai de seamă cercetător mondial, după Pasteur. A descris inframicrobul rabiei, a descoperit incluziunile celulare patognomonice din creier și sistemul nervos, de o importanță capitală în diagnosticul rabiei. Acești corpi denumiți pe nedrept „corpii lui Negri", care i-a studiat după Babeș, poartă azi numele de „corpii Babeș-Negri". A descris „febra premonitorie" caracteristică rabiei. A inventat o nouă metodă de vaccinare antirabică, vaccinare mixtă cu ser antirabic și virus fix, denumită „metoda romînească" care a dat excelente rezultate. Începînd din anul 1888, Babeș a organizat pe scară largă tratamentul antirabic în țara noastră.

Victor Babeș are lucrări fundamentale asupra pelagrei, în care aduce contribuții originale în etiologie, patogenie, profilaxie și tratament.

În anatomia patologică studiile lui Babeș ating toate domeniile specia-

---

1 *D. Danielopolu:* Tradițiile materialiste... op. cit., p. 11.

lității; deosebit de importante sînt lucrările sale asupra tumorilor, glandelor suprarenale, originei celulelor gigante din mugurii vaselor etc.

Savant legat de poporul său, Victor Babeș a studiat cu deosebită grijă bolile cu extindere în masă care măcinau sănătatea poporului, „bolile poporale" cum le numește el. A dezvăluit cu curaj cauzele lor sociale. În pelagră este dintre primii cercetători care au arătat rolul condițiilor economico-sociale în apariția bolii. Babeș afirmă că tuberculoza e expresia „mizeriei sociale", „combaterea bolii este deci strîns legată de chestiunea socială". Babeș a preconizat și măsurile organizatorice necesare pentru combaterea pe scară largă a tuberculozei, malariei, pelagrei, a mortalității infantile, insistînd asupra obligațiilor statului de a asigura sănătatea publică. Numeroase sînt și contribuțiunile aduse de Babeș ca igienist, printre altele, în problema alimentării Bucureștilor cu apă potabilă.

★

Pentru faptul că a fost un savant progresist care a cerut cu tărie aplicarea rezultatelor științei pentru îmbunătățirea stării sanitare a maselor — ceea ce contravenea intereselor economice ale exploatatorilor — pentru că a fost un savant patriot care a denunțat cu curaj racilele regimului burghezo-moșieresc, Victor Babeș a avut de suferit numeroase persecuții, umiliri, calomnii. Reputația de savant mondial pe care și-o cîștigase Babeș a împiedicat să se exercite într-o măsură mai mare ura claselor exploatatoare împotriva acestei mîndrii a științei noastre. Sub aspectul ipocrit al sprijinirii oficiale, Babeș a avut de înfruntat piedici în întreaga lui activitate, fapte care ne arată desconsiderarea lui de către regimul burghezo-moșieresc. „Cu cît mai mult insist asupra reformelor necesare, cu cît mai mult dezvălui pericolul politicianismului, cu atît mai mult îmi atrag ura și persecuția oligarhiei și a politicienilor" spunea Babeș în discursul rostit în 1919 la Universitatea din Cluj.

I s-a dat un local insalubru pentru Institut, în care a trebuit să lucreze 13 ani pînă a izbutit să se construiască localul de astăzi. Numeroasele sale propuneri în domeniul organizării sanitare au fost sistematic respinse. Un primar din acea vreme a cerut destituirea lui pentru că arătase că apa de băut din București reprezintă un pericol pentru sănătatea publicului. A fost calomniat în chestiunea serului anti-difteric printr-o interpelare în Senat; Direcția Generală a Serviciului Sanitar din Ministerul de Interne a trimis spre analiză la laboratoare din străinătate flacoane de ser vechi pentru a-l compromite. Elemente reacționare, cosmopolite, au încercat să conteste prioritățile științifice ale lui Babeș, să împiedice aplicarea cuceririlor românești în știința medicală. I s-a refuzat sub motiv de economii bugetare orice alocații pentru publicarea lucrărilor sale; i s-a refuzat în ultimii ani posibilitatea de a reprezenta medicina noastră la congresele internaționale; a fost pensionat pentru limită de vîrstă la 72 de ani, în plină putere de muncă creatoare. Înmormîntarea lui chiar a fost lipsită de solemnitate, autoritățile n-au găsit cu cale să participe; presa burgheză a înregistrat ca un simplu fapt divers dispariția marelui nostru savant.

În zadar oligarhia a încercat după moartea sa să ascundă concepțiile materialiste înaintate și importanta latură socială a activității lui Victor Babeș.

Opera lui ca şi viaţa lui împletită cu o luptă curajoasă, patriotică, pentru democraţie şi pentru progres, îl pun în fruntea savanţilor poporului. Clasa muncitoare l-a socotit alături de lupta ei pentru doborîrea orînduirii capitaliste. La moartea lui Babeş revista legală a Partidului „Cultura proletară" (15 noiembrie 1926) scria: „el a fost cel dintîi care a scos strigătul revoluţionar : *pelagra înseamnă foamete cronică.* Babeş a avut toate caracteristicile geniului. El a fost deschizător de *căi noi.* Era geniul descoperitor de raporturi noi între fenomene... Prin *condiţiile muncii lui,* prin concluziile sociale ale observaţiilor lui ştiinţifice şi prin tragicul lui sfîrşit, el poate fi socotit ca aparţinînd proletariatului romîn conştient" [1].

Opera lui Victor Babeş e pusă azi în adevărata ei valoare de partidul nostru, dată ca pildă tinerimii : „Învăţătorii şi profesorii — spune tov. Gh. Gheorghiu-Dej — trebuie să cultive mîndria naţională pentru tradiţiile revoluţionare, progresiste ale poporului nostru, interesul şi dragostea pentru opera lui Nicolae Bălcescu, Victor Babeş, Gh. Marinescu, Aurel Vlaicu..." [2].

Numeroasele manifestări care au avut loc cu prilejul centenarului naşterii lui Victor Babeş, editarea pentru prima oară de către Academia R.P.R. a lucrărilor sale, au făcut cunoscută întreaga personalitate a marelui nostru savant. Oamenii noştri de ştiinţă au datoria patriotică de a studia şi valorifica în mod critic opera lui Babeş.

Sub conducerea partidului, clasa muncitoare din ţara noastră, purtătoarea celor mai înaintate idei, se apleacă cu dragoste şi cu înţelegere spre personalităţile progresiste din trecut, spre toţi acei care au luptat cu fapta şi cu gîndul pentru mersul înainte al medicinei noastre ; ea a preluat astfel şi moştenirea strălucită a lui Victor Babeş.

Transformările revoluţionare economico-sociale şi reformele realizate — cu sprijinul permanent al marii medicini sovietice — au dus la rezultate importante în îmbunătăţirea sănătăţii poporului nostru. S-a obţinut numai în cîţiva ani o scădere a mortalităţii generale şi a mortalităţii infantile, a cazurilor de pelagră, de malarie, a bolilor infecto-contagioase pentru a căror combatere s-a străduit Babeş timp de 40 de ani. Greutăţile pe care le-a întîmpinat Babeş în munca lui ştiinţifică au căzut azi din faţa savanţilor noştri ; în cele 20 de institute şi 6 centre medicale ştiinţifice superioare lucrează peste 1.000 de cercetători ; niciodată în trecut ştiinţa noastră medicală nu s-a bucurat de asemenea condiţii de dezvoltare.

★

Istoria medicinei are nu numai o importanţă teoretică ci şi o importanţă practică, ea face legătura dialectică dintre trecut şi prezent, ea ne aduce o serie de învăţăminte care pot ajuta la rezolvarea sarcinilor care ne stau în faţă. Studiind viaţa şi opera lui Victor Babeş, medicina noastră se îmbogăţeşte cu învăţăminte de preţ.

Exemplul lui Babeş ne arată că numai avînd la bază concepţia materialismului dialectic, medicina poate progresa, poate obţine noi succese.

---

1 V. cit. *acad. Şt. Nicolau, Mircea Florian* şi *Mircea Babeş,* op. cit., p. 61.

2 *Gh. Gheorghiu-Dej* : Cuvîntare rostită la Congresul învăţătorilor din R.P.R., Ed. P.M.R., 1952, p. 23.

Pe această cale, învățătura lui I. P. Pavlov, a lui Miciurin, a lui Olga Lepeşinskaia, care reprezintă triumful materialismului dialectic în biologie şi medicină, trebuie să stea la baza ştiinţelor noastre medicale în toate domeniile de activitate. Insuşirea acestor învăţături trebuie să se însoţească de demascarea şi combaterea curentelor idealiste reacţionare, care frînează dezvoltarea medicinei.

Exemplul lui Babeş ne arată că teoria trebuie să se lege în mod indisolubil de practică, că ştiinţa trebuie pusă în slujba marilor probleme ale sănătăţii publice, că un adevărat om de ştiinţă trebuie să stea în mijlocul poporului său, legat de nevoile şi suferinţele sale, că el trebuie să lupte pentru punerea celor mai înalte cuceriri ale ştiinţei în folosul maselor muncitoare.

Exemplul lui Babeş ne arată că medicina preventivă este calea prezentului şi a viitorului, că în această direcţie trebuie concentrate toate eforturile noastre. Recentele dezbateri ale celei de-a 8-a seziuni a Adunării Generale a Academiei de Ştiinţe Medicale a U.R.S.S. (8—12 decembrie 1953) au demonstrat importanţa orientării profilactice în medicină.

Studiind cauzele economico-sociale ale bolilor cu extindere în masă, Babeş ne arată strînsa legătură ce trebuie să facem între boală şi condiţiile de muncă şi de trai. De pe poziţiile marxismului, Ştefan Stînă demonstrase importanţa mediului social ca factor patologic. Pe măsura construirii socialismului, mediul social încetează să mai fie un factor de moarte şi de boală şi devine treptat un factor de bună stare şi de sănătate pentru poporul muncitor.

Viaţa de muncă dîrză şi de grandioase realizări a lui Victor Babeş ne arată importanţa perseverenţei în studiu, a devotamentului pentru ştiinţă, a pasiunii care trebuie să însufleţească pe orice cercetător. În sfîrşit, marea şcoală pe care a creat-o, ne arată importanţa ridicării de cadre tinere de cercetători care să ducă mai departe spre noi succese, medicina Patriei noastre.

Cinstind memoria marelui savant patriot Victor Babeş, cinstim cele mai bune tradiţii materialiste din trecutul medicinei romîneşti care stau astăzi la temelia medicinei noastre, în înflorirea ei pe baza învăţăturii lui I. P. Pavlov, medicină pusă în slujba poporului, în slujba socialismului, în slujba păcii.

(Catedra de istorie a medicinei de la I.M.F. Bucureşti)

R E F E R A T E

KUCER N. V.: Sarcinile ocrotirii sănătăţii la sate în Ucraina. „Sovetskoe zdravoohranenie", nr. 2, 1954.

In acest articol autorul arată că munca creatoare a personalului medical de la sate are o mare însemnătate, deoarece lupta pentru scăderea bolilor colhoznicilor, muncitorilor şi specialiştilor de la S.M.T.-uri şi sovhozuri şi prin aceasta reducerea pierderilor de zile-muncă, reprezintă una din cele mai importante sarcini ale statului.

In anii de după război au fost deschise sute de noi spitale în satele Republicii Ucrainiene, iar numărul medicilor a sporit simţitor. Ca urmare a acestui fapt, colhoznicii se tratează la sate, apelînd mai rar la asistenţa medicală din oraş. S-a îmbunătăţit calitatea profesională a personalului medical, ceea ce a dus la o scădere a mortalităţii. Asistenţa medicală în casele de naşteri de la sate s-a îmbunătăţit. S-au întocmit statistici pentru constatarea morbidităţii în colhozuri cu pierderea temporară a capacităţii de muncă, luîndu-se măsuri pentru însănătoşirea acelor colhoznici, care din motive de boală nu lucrau, astfel ca ei să poată reveni în cîmpul muncii.

Studierea şi tratarea bolilor populaţiei rurale din Ucraina este una din sarcinile principale ale serviciului ocrotirii sănătăţii pentru anul 1954. Multe spitale rurale se bucură de o mare încredere şi există mulţi specialişti care acordă asistenţă medicală populaţiei; însă asistenţa medicală de specialitate are şi unele lipsuri: astfel, se duce lipsă la sate de specialişti în boli nervoase, în otorinolaringologie şi oculişti, deoarece în schemele spitalelor raionale nu se prevăd servicii de neurologie şi otorinolaringologie.

In continuare, autorul arată că spitalelor T.B.C. de la sate li se atribuie o mare însemnătate. Majoritatea acestor spitale au devenit centre calificate, avînd secţii chirurgicale: în aceste spitale este organizată o intensă activitate profilactică. Autorul arată că în fiecare raion trebuie să fie un ftiziolog şi critică ordinul Ministerului ocrotirii sănătăţii al U.R.S.S. în care nu se aprobă ftiziologi decît pentru spitale care au cel puţin 50 de paturi.

In 1954 spitalele rurale vor fi înzestrate cu aparate medicale din cele mai moderne, printre care şi cu aparate Röntgen. De asemenea, se vor organiza pe lîngă spitale laboratoare. Aprovizionarea spitalelor cu medicamente va fi reorganizată, deoarece au fost unele lipsuri în trecut. Medicii de la sate vor fi informaţi despre noile medicamente şi preparate. In 1954 vor fi trimişi medici şi felceri la institute pentru specializare.

In încheierea articolului, autorul arată că Plenara din septembrie a C.C. al P.C.U.S. a trasat personalului medical de la sate o sarcină de mare răspundere: de a se îngriji de sănătatea oamenilor muncii de la sate. Organele ocrotirii sănătăţii vor fi la înălţimea acestor sarcini.

SAFONOV A. K.: Reorganizarea ocrotirii sănătăţii rurale în R.S.F.S.R. Sovetskoe zdravoohranenie", nr. 1, 1954.

Din 1947 pînă în 1953 organizarea şi rezultatele obţinute de ocrotirea sănătăţii publice în mediul rural din R.S.F.S.R. a făcut paşi mari înainte atît din punct de vedere al cadrelor, spitalelor şi aparaturii, cît şi din cel

al ridicării standardului sanitar şi educativ al populaţiei.

Totuşi, sînt încă serioase deficienţe, mai ales la nivelul circumscripţiilor şi ambulatoriilor. Este încă necesară completarea cadrelor, mai ales cu specialişti (oculişti, radiologi, felceri-obstetricieni); este nevoie de ridicarea nivelului de calificare profesională a muncitorilor din reţeaua profilactico-curativă şi dotarea unităţilor cu tot arsenalul tehnico-farmaceutic. Trebuie perfectată dispensarizarea muncitorilor din S.M.T.-uri.

Un rol important în îndeplinirea acestor sarcini revine institutelor ştiinţifice de specialitate; de asemenea, este important să se ridice nivelul conducerii organelor sanitare, să se întărească utilizarea raţională a cadrelor medicale şi să se întărească baza materială a tuturor instituţiilor medico-sanitare rurale.

Trebuie îmbunătăţită calitatea muncii tuturor cadrelor medico-sanitare rurale prin intervenţia specialiştilor principali din conducere şi a membrilor institutelor ştiinţifice.

Trebuie ridicat nivelul asistenţei medicale în S.M.T.-uri şi colhozuri, al asistenţei mamei şi copilului în mediul rural, prin îmbunătăţirea condiţiilor de muncă şi de trai şi printr-o largă dezvoltare a culturii fizice şi a sportului.

De felul în care aceste măsuri vor fi studiate în institutele de specialitate şi în conducere şi de modul în care ele vor fi aplicate pe teren, depinde succesul reorganizării asistenţei publice în mediul rural al R.S.F.S.R.-ului.

DRANKIN D. I.: Activitatea socială a lui N. I. Lobacevski în timpul epidemiei de holeră din 1830, „Sovetskoe zdravoohranenie", nr. 1, 1954.

Articolul este scris cu ocazia împlinirii a 160 ani de la ziua de naştere a marelui matematician rus N. I. Lobacevski.

Lobacevski, rector în 1830 al universităţii din Kazan, află de existenţa unui focar de holeră în Prikaspia cu tendinţa de întindere în susul Volgei şi avizează guberniile interesate de eventualitatea epidemiei.

La indiferenţa administraţiei el răspunde cu organizarea unor şedinţe a medicilor universităţii pentru stabilirea de măsuri, iar cînd primele cazuri se ivesc în Kazan, el baricadează şi închide universitatea, organizează transportul apei ferind pe studenţi de contaminare, deschide două spitale pentru holerici şi dă 1000 ruble pentru asigurarea de rezerve alimentare pentru studenţi. Ia măsuri de tratare cu soluţie de clor a oricării hîrtii intrate în universitate şi de ardere a vestmintelor rămase de la morţii de holeră.

După terminarea epidemiei Lobacevski a cerut tuturor medicilor să prezinte rapoarte asupra evoluţiei, tratamentului şi părerii lor asupra acestei boli.

Intreprinderea Poligrafică Nr. 2 — c. 10545

E 1742

KAT

Documentare tehnică
CMEHA

Ocrotirea sănătății în R.P.R.

Országos Múzeumi Könyvtár
BUDAPEST

4

OCTOMBRIE 1954 DECEMBRIE

COLEGIU DE REDACȚIE

Redactor responsabil : Prof. dr. ILEA THEODOR
Redactor resp. adjunct : Conf. dr. PESCARU ALEXANDRU
Secretar de redacție : Dr. TÎRNOVEANU BASIL

Membri ai Colegiului de redacție :

Prof. dr. BOLOGA VALERIU (Cluj), dr. BILIC VSEVOLOD, dr. CONSTANTINESCU GHEORGHE, dr. COROI VICTOR, prof. dr. DIMITRIU CONSTANTIN, prof. dr. DUNĂREANU HORIA, conf. dr. GHELERTER IULIU, dr. GHEORGHIȚOIU MIHAI, prof. dr. GROM LEONIDA, conf. dr. GROSZ GEZA, dr. MATACHE IOAN, dr. MIRCEA MONA, conf. dr. MUREȘAN PETRE, conf. dr. PRODAN ION (Cluj), dr. PÎRLOG CONSTANTIN, dr. PRODESCU VICTOR, conf. dr. PRUTEANU PAUL (Iași), prof. dr. SOLOMON LEON, dr. ȘTEFĂNESCU LEON, dr. VÎLCOCI ELENA, dr. WASSERMAN GHEORGHE, conf. dr. ZAHARIADE GHEORGHE

OCROTIREA SĂNĂTĂȚII ÎN R.P.R.

ORGAN AL MINISTERULUI SĂNĂTĂȚII

REDACȚIA ȘI ADMINISTRAȚIA : B-DUL ANA IPĂTESCU 32 — TELEFON 2.32.24

Anul VI octombrie 4 decembrie 1954

Országos Műszaki Könyvtár TULAJDONA

SUMAR

Pag.

* * * Dezvoltarea cercetărilor de istorie a medicinei în R.P.R. . . . 3

Conf. AL. PESCARU : Medicul organizator al ocrotirii sănătății . . . 13

Prof. T. ILEA, D. PEREȚIANU și M. VOICULESCU : Organizarea asistenței medico-sanitare din întreprinderile forestiere 26

M. ANCUȘA, I. POD, I. GAITA și O. LĂZĂRESCU : Aspecte de morbiditate din S.M.T.-uri 44

R. LUDU: Dispensarizarea sportivilor 53

M. MONA, M. CRÎNGU: Cercetări asupra organizării ocrotirii sănătății femeii muncitoare în profilul obstetrico-ginecologic 69

S. IZSAK : Cu privire la problema muzeelor de istoria medicinei și istoria farmaciei din R.P.R. 81

Referate 96

EDITURA MEDICALĂ

СОДЕРЖАНИЕ

Стр.

. * . Развитие исследований по истории медицины в Р. Н. Р. 3

ПЕСКАРУ А., Врач — организатор здравоохранения 13

ИЛИЯ Т., ПЕРЕЦЯНУ Д., ВОЙКУЛЕСКУ М.. Организация медико-санитарного обслуживания в лесо-промышленных предприятиях 26

АНКУСА М., РОД И., ГАЙЦА И., ЛАЗАРЕСКУ О., Некоторые стороны заболеваемости в М. Т. С. 44

ЛУДО П., Диспенсаризация лиц занимающихся спортом 52

МОНА М., КРЫНГУ М., Исследования — в акушерско — гинекологическом профиле в связи с организацией здравоохранения рабочей женщины 69

ИЗСАК С,, К вопросу о музеях истории медицины и фармацевтического деда в Р. Н. Р. 81

РЕФЕРАТЫ

DEZVOLTAREA CERCETĂRILOR DE ISTORIE A MEDICINEI IN R.P.R.

Oamenii de ştiinţă din patria noastră aduc, sub îndrumarea permanentă a partidului, o contribuţie preţioasă la construirea socialismului, iar bilanţul muncii lor creatoare de după 23 August 1944 îndreptăţeşte încrederea cu care poporul aşteaptă de la ei realizări tot mai impunătoare. Un asemenea bilanţ este necesar şi în privinţa istoriografiei medicale, îndeosebi pentru a desprinde sarcinile care stau astăzi în faţa cercetătorilor trecutului medicinei noastre.

Lenin arată că, pentru abordarea ştiinţifică a unei probleme, se cere în primul rînd „să nu uiţi conexiunea istorică fundamentală, să priveşti fiecare problemă din punctul de vedere al modului în care a apărut în istorie un fenomen dat, al etapelor principale pe care le-a parcurs în dezvoltarea lui acest fenomen, şi să vezi, privind prin prisma acestei dezvoltări, ce a devenit acest fenomen în prezent" [1]. Desigur că această indicaţie este valabilă şi atunci cînd ne referim la studiul medicinei, ştiinţă ale cărei elemente au început să apară din cele mai vechi timpuri. Istoria medicinei, care cercetează dezvoltarea concepţiilor medicale şi a ocrotirii sănătăţii în legătură cu succesiunea orînduirilor social-economice, contribuie astfel la justa orientare a medicului, la lărgirea orizontului şi la ascuţirea discernămîntului său, permiţîndu-i să stăpînească multilateral principiile teoretice şi practice ale activităţii sale.

Dezvăluind lupta înverşunată care s-a desfăşurat în medicină de-a lungul timpurilor între concepţiile materialiste şi cele idealiste şi dovedind totodată că numai poziţia materialistă este rodnică, istoria medicinei ajută medicul să respingă aberaţiile idealiste care abundă în medicina burgheză contemporană şi să înţeleagă valoarea învăţăturii înaintate a lui I. P. Pavlov, marele deschizător de drumuri în atîtea domenii ale ştiinţei.

Studiul istoriei medicinei demonstrează posibilitatea şi necesitatea necontenitei dezvoltări a ştiinţei şi, în felul acesta, previne pe medic asupra pericolului dogmatismului, rutinei şi practicismului îngust şi îl obligă la un efort susţinut pentru a-şi perfecţiona cunoştinţele, pentru a se ţine la curent cu progresul medicinei şi chiar pentru a aduce un aport personal, în măsura capacităţii sale, la realizarea acestui progres. Tot istoria ne arată că exagerările în stabilirea diagnosticului sau tratamentului sînt dăunătoare, medicul trebuind deci să lupte împotriva modei trecătoare, caracteristică medicinei burgheze, care este lipsită de o fundamentare ştiinţifică serioasă.

Nu poate fi subapreciată utilitatea istoriei medicinei nici în ceea ce pri-

[1] *V. I. Lenin*, Despre stat, Ed. p. lit. pol., 1953, pag. 9.

veşte consolidarea instrucţiunii medicale: o serie de noţiuni speciale (amănunte anatomice, metode şi formule terapeutice etc.), a căror fixare ar cere altminteri o memorizare mecanică, pot fi însuşite şi folosite mai raţional, dacă la predarea lor se menţionează şi necesităţile concrete care, la un moment dat, au impus precizarea acestor noţiuni, modul în care s-a ajuns la dobîndirea lor. Cunoştinţele istorice nu reprezintă astfel simple ornamente ale culturii medicale, ci constituie un mijloc important de ridicare a nivelului învăţămîntului de specialitate.

Cunoaşterea trecutului ne fereşte de atitudini de desconsiderare a moştenirii ştiinţifice şi ne îndeamnă să valorificăm concepţiile savanţilor care, prin străduinţile lor, au deschis drumul pentru înfăptuirile de azi.

In acelaşi timp, istoria medicinei aduce o însemnată contribuţie la educarea patriotică a medicilor. Exemplul figurilor pozitive prin opera lor ştiinţifică şi prin înalta lor conştiinţă cetăţenească, aşa cum au fost V. Babeş, I. Felix, Şt. Stîncă, I. Cantacuzino, Gh. Marinescu, D. Bagdasar şi atîţia alţi savanţi materialişti, poate însufleţi pe cercetători şi pe oamenii practicii medicale, arătîndu-le pe de o parte, că puterea de creaţie nu a fost şi nu este monopolizată de savanţii Apusului burghez, iar pe de altă parte, că adevărata capacitate ştiinţifică este în general legată de o atitudine progresistă. De asemenea, demonstrînd prin nenumărate exemple că progresul medicinei este condiţionat de conlucrarea tuturor celor ce luptă împotriva mizeriei maselor şi a înapoierii sanitare, istoria medicinei contribuie la cultivarea internaţionalismului. Deosebit de preţioasă este în privinţa aceasta studierea colaborării dintre cei mai valoroşi reprezentanţi ai naţionalităţilor conlocuitoare din ţara noastră, în primul rînd dintre romîni şi unguri. La fel de importantă este evidenţierea influenţei gîndirii înaintate sociale şi biologico-medicale ruse asupra medicinei romîneşti şi, mai ales, a rolului orientării pavloviste şi al experienţei organizatorice sovietice în propăşirea ocrotirii sănătăţii în R.P.R.

Scopul educativ al istoriei medicinei nu se limitează însă numai la cultivarea încrederii în forţele noastre şi la combaterea cosmopolitismului. Cercetarea trecutului medical ne învaţă să preţuim la justa lor valoare uriaşele realizări ale statului de democraţie populară, să urîm întunecatul regim burghezo-moşieresc. Studiind, de pildă, istoria organizării sanitare dinainte de 1944, ne convingem de atitudinea de criminală nepăsare a claselor exploatatoare faţă de ocrotirea sănătăţii poporului, de condiţiile înjositoare de muncă şi de viaţă ale muncitorilor sanitari, de desconsiderarea cu care îi tratau puternicii zilei. Istoria medicinei, ajutîndu-l pe medic să priceapă sensul eforturilor şi frămîntărilor atîtor generaţii de înaintaşi, îl leagă de profesia sa şi îi întăreşte hotărîrea de a lupta cu şi mai mult elan pentru apărarea şi redobîndirea sănătăţii oamenilor muncii din patria noastră liberă.

★

Preocupări de istorie a medicinei au existat, desigur, în ţara noastră şi în trecut; însă, datorită ideologiei burgheze dominante, cercetătorii dinainte de 23 August 1944, cu rare excepţii, nu au putut oferi lucrări cu un caracter cu adevărat ştiinţific. Nesituîndu-se pe poziţiile materialismului istoric, ei nu au fost capabili să dea o explicaţie exactă şi completă succesiunii concepţiilor şi instituţiilor medicale. Lipsa unei teorii şi a unei metode juste îi împiedica pe aceşti cercetători să descopere legile obiective în dezvoltarea istorică, încît pentru ei trecutul reprezenta o îngrămădire haotică de evenimente, cărora era cu neputinţă

să le cauți determinismul. O asemenea istoriografie medicală, dezvoltată sub înrîurirea concepțiilor istoriografiei burgheze, era lipsită de bază științifică.

Cele mai multe lucrări ale vechilor istorici ai medicinei poartă pecetea idealismului și subiectivismului. Dezvoltarea medicinei apărea ruptă de întreaga evoluție social-economică, fiind privită, de obicei, ca o creație arbitrară a cîtorva figuri excepționale. Negînd legitatea istorică, unii ajunseseră să vorbească despre rolul „providențial" al lui I. Molnar-Piuariu sau Carol Davila în făurirea medicinei științifice românești, fără să țină seama de condiționarea materială a apariției unor asemenea personalități. De aceea, cercetările acestor autori se orientau de cele mai multe ori către acumularea de amănunte biografice, indiferent dacă ele aveau sau nu vreo semnificație istorică. Una din formele destul de răspîndite ale cultului personalității în istoriografia medicală o constituiau speculațiile asupra presupuselor boli ale „oamenilor mari" — capete încoronate, politicieni, artiști etc. — preocupare de o sterilitate evidentă.

De altfel, multe din lucrările unora dintre cei mai de vază istorici ai medicinei, dinainte de 1944, nu reprezentau decît colaționări mecanice de fișe cronologice sau bio-bibliografice. Trebuie apreciată truda lui P. Samarian, care a cules informații medicale dintr-o serie de scrieri vechi, dar acest material a fost publicat fără o prelucrare temeinică, lucrarea în trei volume „Medicina și farmacia în trecutul românesc" prezentîndu-se ca o simplă înșiruire de fragmente de documente, transcrise mai mult sau mai puțin corect. Neposedînd perspectiva istorică, pe care numai marxismul o poate oferi, Samarian a fost silit să se limiteze la semnalarea unor evenimente, a căror importanță era incapabil să o pună în evidență. Neputința autorului de a interpreta materialul adunat, de a trece la generalizări, de a indica ce este esențial și ce este secundar în desfășurarea istorică, face ca asemenea lucrări să apară mai degrabă ca opera unor cronicari, decît a unor adevărați istorici. Acest caracter factologic și tehnicist se manifestă și în numeroase scrieri ale lui V. Gomoiu, a cărui „Istorie a presei medicale în Romînia", de exemplu, este înșirarea sumarelor revistelor medicale apărute la noi pînă în 1936.

Mai mult decît atît, utilizarea unor asemenea lucrări, chiar sub aspectul strict documentar-informativ, este îngreunată de lipsa de grijă a autorilor pentru exactitatea științifică.

Datorită înrîuririi ideologiei reacționare dominante, ori de cîte ori asemenea vechi istorici ai medicinei încercau să analizeze unele fapte, ei lunecau pe panta denaturărilor șovine, mistice, cosmopolite, deformînd adevărul conform intereselor burgheziei.

Un reflex al influențelor naționalismului burghez era și tendința celor mai mulți istorici ai medicinei (romîni, maghiari sau sași) de a limita cîmpul lor de investigație doar la cercul aparținînd propriei naționalități, evitînd să amintească despre colaborarea dintre oamenii de știință ai diferitelor naționalități de pe teritoriul patriei noastre. In același timp, ei își arătau desconsiderarea față de valoarea medicinei noastre, prezentînd-o, de regulă, ca pe o anexă umilă a medicinei apusene și, mai ales, a celei franceze.

Ar fi însă greșit să se creadă că întreaga noastră istoriografie medicală mai veche s-ar caracteriza prin idealism, subiectivism, denaturări șovine și cosmopolite. Menționăm astfel pentru deosebita ei valoare informativă opera lui I. Felix „Istoria igienei în Romînia în secolul al XIX-lea și starea ei la începutul secolului al XX-lea" (București, 1901). Aceeași seriozitate a arătat-o și Gh.

Crăiniceanu în redactarea lucrării sale bibliografice „Literatura medicală romînească" (Bucureşti, 1907). Studiile istorice ale dr. Gh. Z. Petrescu, deşi nu lipsite de unele greşeli pozitiviste, se disting printr-o minuţioasă documentare şi o elaborare scrupuloasă.

Un interes actual prezintă numeroase scrieri din trecut ale profesorului V. Bologa, care, cu toate că pe alocuri a suferit influenţa negativă a tendinţelor neohipocratice şi a darwinismului social, s-a situat adesea în cercetările sale, datorită probităţii sale ştiinţifice, pe poziţiile materialismului spontan. Într-o epocă în care oficialitatea încuraja manifestările şovine, prof. Bologa a acordat o atenţie deosebită punerii în lumină a legăturilor medicale romîno-maghiare, ca şi a contribuţiei ruse la începuturile organizării sanitare a principatelor romîne. Luptînd perseverent împotriva greutăţilor materiale datorite indiferenţei regimului burghezo-moşieresc faţă de dezvoltarea ştiinţei, el a izbutit să organizeze pe lîngă Facultatea de medicină din Cluj un institut de istorie a medicinei, dotat cu o bogată bibliotecă şi cu un material preţios de muzeu. La fel de importantă este activitatea sa didactică, prin care a reuşit să insufle multor serii de studenţi interesul pentru trecutul ştiinţelor medicale. Relevînd valoarea lucrărilor mai vechi ale profesorului V. Bologa, trebuie însă subliniat că în ultimii ani, în măsura aplicării metodologiei marxiste, cercetările sale s-au ridicat la un nivel superior.

★

Începînd cu 23 August 1944, şi mai ales după 1947, istoria medicinei romîneşti capătă un caracter cu adevărat ştiinţific. Extinderea cercetărilor asupra trecutului nostru medical se datoreşte în primul rînd avîntului luat la noi de studiile istorice, avînt determinat de revoluţia culturală care se înfăptuieşte cu succes sub conducerea partidului. Exemplul luminos al istoriografiei medicale sovietice, care, prin realizările ei, demonstrează cum poate contribui cunoaşterea temeinică a trecutului la rezolvarea problemelor actuale, însufleţeşte de asemenea pe cercetătorii noştri.

Numeroase sînt faptele care dovedesc interesul real şi solicitudinea partidului, statului şi cercurilor noastre ştiinţifice pentru dezvoltarea istoriografiei medicale.

De unde pînă în 1944 istoria medicinei nu se preda decît la Facultatea de medicină din Cluj (şi aceasta ca o disciplină secundară, fapt ce se reflecta şi în condiţiile materiale precare în care se găsea catedra), prin reforma învăţămîntului înfăptuită în 1948 s-a prevăzut crearea unor catedre de istorie a medicinei la toate institutele medicale. Pe lîngă aceasta, predarea noţiunilor istorice corespunzătoare devine o sarcină didactică pentru toate celelalte catedre.

O dată cu înfiinţarea în 1953 a Centrului de organizare a ocrotirii sănătăţii şi istorie a medicinei, după modelul Institutului „N. A. Semaşko" din Moscova, a fost creată şi o secţie pentru cercetări istorico-medicale. Centrul posedă un serviciu de documentare cu o valoroasă bibliotecă de specialitate.

La Sibiu şi Cluj s-au deschis, cu sprijinul Ministerului Sănătăţii şi prin străduinţa profesorului V. Bologa şi a dr. S. Izsak, expoziţii permanente cu material muzeal medico-farmaceutic.

In ceea ce priveşte lucrările de istorie a medicinei publicate sau în curs de publicare în această perioadă, trebuie îndeosebi remarcată preocuparea sistematică a autorilor pentru orientarea studiilor lor conform principiilor materia-

lismului istoric, singura concepție care chezășuiește cunoașterea științifică a fenomenelor sociale. Cotitura făcută în istoriografia noastră medicală către însușirea și aplicarea marxism-leninismului explică succesele obținute în ultimul timp de cercetătorii noștri din acest domeniu și constituie totodată garanția unor realizări și mai importante pe viitor.

O valoare orientativă deosebită pentru studiul medicinei românești are raportul „Tradițiile materialiste ale științelor medicale din țara noastră și dezvoltarea lor pe baza învățăturii lui I. P. Pavlov", prezentat de acad. D. Danielopolu în cadrul sesiunii lărgite din decembrie 1952 a secției de științe medicale a Academiei R.P.R. Raportul dă indicații prețioase pentru valorificarea concepțiilor progresiste ale marilor figuri din trecutul medicinei noastre.

Mergînd pe această linie, a fost începută reconsiderarea unor personalități medicale proeminente (F. Papai-Paris, I. Molnar-Piuariu, F. Nyulas, C. Caracaș, V. Episcopescu, P. Vasici, I. Baraș etc.). In ceea ce privește valorificarea moștenirii științifice a lui V. Babeș și Gh. Marinescu, este de observat că interesul pentru personalitatea lor creatoare a depășit cu mult cercul istoricilor medicinei și chiar al medicilor, la studierea unor laturi ale operei acestor mari savanți contribuind și cercetători din alte domenii, în primul rînd istorici ai filozofiei. De asemenea, Academia R.P.R. a început reeditarea operelor științifice ale lui V. Babeș și C. I. Parhon.

Au fost întreprinse cercetări asupra activității medicilor legați de mișcarea muncitorească din țara noastră (N. P. Zubcu-Codreanu, N. Russel, P. Alexandrov, V. Crăsescu, Șt. Stîncă etc.). Este în curs de reeditare opera lui Șt. Stîncă „Mediul social ca factor patologic", cea mai importantă lucrare medicală marxistă scrisă la noi.

In ultimii ani, personalități de mare prestigiu ne-au oferit materiale prețioase, necesare la elaborarea unor studii mai ample asupra dezvoltării diferitelor ramuri ale medicinei noastre, studii a căror lipsă se resimte mai ales în activitatea didactică. Putem astfel menționa schița privind istoricul endocrinologiei în Romînia, prezentată de academicianul C. I. Parhon în cadrul lecției sale de deschidere din 1944, ca și articolul „Inframicrobiologia în R.P.R." de academicianul Șt. S. Nicolau. Trebuie subliniat ca un fapt pozitiv că manualul de boli interne ce se pregătește spre editare va cuprinde și o expunere asupra dezvoltării medicinei interne în țara noastră (mai ales sub raportul învățămîntului medical), redactată de catedrele de istorie a medicinei de la Cluj și Iași.

Este demnă de relevat preocuparea care începe să se manifeste la istoricii noștri ai medicinei pentru descoperirea și susținerea priorității savanților romîni în diferite sectoare ale creației științifice. Trebuie amintită în această privință lucrarea dr. S. Iszák „Prioritatea lui Victor Babeș în elaborarea bazelor experimentale și teoretice ale seroterapiei".

Un interes susținut se manifestă față de relațiile romîno-ruse, problemă de care s-au ocupat în special colectivul catedrei de istorie a medicinei din Cluj, care în culegerea de articole „Contribuții la studiul legăturilor medicale romîno-ruse" (București, 1952) prezintă date privitoare mai ales la perioada 1750—1850, precum și catedra de istorie a medicinei din București, care a întreprins studiul „Legăturile medicale romîno-ruse în timpul războiului pentru independență din 1877—1878".

Toate acestea dovedesc că, în ultimii ani, există în istoriografia noastră medicală o strădunță reală pentru cercetarea științifică a unor probleme de interes actual și a unor domenii neglijate sau ocolite în trecut.

Culegerea de articole sub tipar „Contribuţii la istoria medicinei în R.P.R.", alcătuită de colectivul catedrei de istorie a medicinei de la I.M.F. din Cluj, sub conducerea profesorului V. Bologa, poate fi considerată ca expresia nivelului atins astăzi de istoriografia medicală romînească. Această lucrare va conţine, printre altele, o schiţă introductivă asupra dezvoltării medicinei în ţara noastră pînă la primul război mondial, ceea ce reprezintă prima încercare de a prezenta sintetic, de pe poziţii marxiste, evoluţia ocrotirii sănătăţii în patria noastră. Alte studii tratează despre medicina în Ardeal în timpul orînduirii feudale (insistînd asupra colaborării pe teren medical între naţionalităţile conlocuitoare), prezintă figuri medicale progresiste, pun în lumină priorităţi ale medicilor noştri, arată legăturile romîno-ruse etc.

Subliniind succesele obţinute în ultimii ani de istoriografia noastră medicală, trebuie să menţionăm şi unele lipsuri în acest sector de activitate.

Este vorba de lipsuri de creştere, care se datoresc insuficientei însuşiri a metodologiei marxiste şi a unui nou stil de muncă în cercetarea ştiinţifică. Trebuie lichidate în istoriografia noastră medicală tendinţele subiectiviste, factologia, fuga de interpretare a evenimentelor. Lipsind în bună măsură planificarea cercetărilor, nu s-a putut asigura studierea problemelor celor mai actuale. De aceea, mare parte din lucrările apărute în ultima vreme au un caracter festiv, legate fiind de aniversări ale unor personalităţi de seamă romîne şi străine (C. Caracaş, Zubcu-Codreanu, Babeş, Marinescu, Rainer, Ibn-Sina (Avicena), Leonardo da Vinci, Copernic, Rabelais etc.). Cu toate eforturile cercetătorilor, încadrarea istorică a activităţii personalităţilor prezentate este adesea superficială, ceea ce împiedică analiza critică a elementelor pozitive şi negative din opera lor. De altfel, acordîndu-se prea puţină atenţie luptei dintre materialism şi idealism, trecutul medicinei noastre apare în unele lucrări recente simplificat şi deformat, ca o înşiruire de figuri pozitive, care, în general, aproape că n-au avut de combătut tendinţe antiştiinţifice şi reacţionare.

Lenin arată că „în sînul *fiecărei* culturi naţionale se găsesc elemente, fie şi nedezvoltate, de cultură democratică şi socialistă, fiindcă în sînul *fiecărei* naţiuni există mase de muncitori şi exploataţi ale căror condiţii de viaţă creează în mod inevitabil ideologia democratică şi socialistă. Dar în sînul *fiecărei* naţiuni există şi o cultură burgheză (iar în majoritatea cazurilor chiar o cultură ultrareacţionară şi clericală) şi, ceea ce trebuie să remarcăm, nu numai sub formă de „elemente", ci sub formă de cultură *dominantă*" [1]. Şi în medicina din patria noastră întîlnim, pe de o parte, purtători ai unor idei înaintate, savanţi care susţin concepţii materialiste, iar pe de altă parte, reprezentanţi ai ideologiei claselor exploatatoare dominante, a căror poziţie idealistă a constituit un obstacol în calea propăşirii ştiinţei adevărate, legate de popor.

Prea puţin au făcut însă istoricii noştri ai medicinei pentru demascarea tendinţelor obscurantiste din medicina romînească dinainte de instaurarea regimului de democraţie populară, deşi aci au existat, mai ales în legătură cu ridicarea valului tulbure al fascismului, destui reprezentanţi ai „culturii ultrareacţionare şi clericale", de felul lui Paulescu, Moldovan şi alţii.

Se observă de asemenea că tendinţa biografizantă, de concentrare exclusivă asupra studierii unor personalităţi aparte, care se constată în istoriografia noastră medicală recentă, duce la insuficienta dezvoltare a cercetărilor de istorie a organizării sanitare, din care, cu excepţia lucrării „Ocrotirea sănătăţii oamenilor

[1] *V. I. Lenin*, Opere, vol. 20, Ed. P.M.R., pag. 8.

muncii în R.P.R. (23 August 1944—23 August 1954)" de dr. Al. Pescaru (Bucureşti, 1954), nu au apărut alte studii cuprinzătoare. Lipsesc încă materiale care să demaşte cu putere situaţia jalnică a ocrotirii sănătăţii sub regimul burghezo-moşieresc, consecinţele exploatării asupra stării igienico-sanitare a oamenilor muncii înainte de eliberarea ţării noastre, condiţiile vitrege în care se desfăşura activitatea atît a medicilor de teren, cît şi a cercetătorilor de laborator.

Nu ne putem împăca nici cu faptul că cercul istoricilor medicinei este astăzi destul de restrîns, deoarece încă nu s-a reuşit să se antreneze în studii istorice cît mai mulţi medici, cercetători ştiinţifici sau practicieni. Deocamdată, numai la Tîrgu-Mureş se constată începutul unei colaborări sistematice între catedra de istorie a medicinei şi specialiştii din diferite ramuri medicale.

Pe de altă parte, în prea mică măsură s-au desfăşurat în ultimul timp cercetări de arhivă, istoricii medicinei preferînd adesea să interpreteze şi să reconsidere materiale publicate în trecut. Aceasta explică întrucîtva caracterul restrîns al tematicii lucrărilor publicate.

A lipsit de asemenea legătura sistematică cu institutele de istorie şi filozofie ale Academiei R.P.R.

O serioasă rămînere în urmă se constată în elaborarea metodologiei cercetărilor de istorie a medicinei. Discuţiile creatoare în această direcţie au fost sporadice şi fără pregătirea prealabilă corespunzătoare, ceea ce a împiedicat schimbul de experienţă, planificarea şi coordonarea eforturilor de studiu, dezvoltarea criticii şi a autocriticii în activitatea ştiinţifică.

★

Sarcini mari stau în faţa istoricilor medicinei din patria noastră. Urmînd exemplul glorios al sistemului sovietic de ocrotire a sănătăţii şi avînd sprijinul continuu al partidului şi al statului democrat-popular, muncitorii sanitari au obţinut realizări deosebite în lichidarea tristei moşteniri lăsate de regimurile de exploatare şi în asigurarea unei deserviri medicale corespunzătoare cerinţelor unei ţări care construieşte socialismul. Pentru consolidarea şi extinderea acestor succese, rolul ştiinţelor medicale, şi printre ele şi al istoriei medicinii, devine din ce în ce mai important.

Condiţia principală pentru ca istoricii noştri ai medicinei să se ridice la înălţimea sarcinilor ce le revin este să adîncească pregătirea lor marxist-leninistă, însuşindu-şi creator principiile materialismului istoric. Dar în felul acesta ei vor putea studia istoria medicinei ca o parte a istoriei generale a patriei noastre, iar nu ca un domeniu independent de evoluţia social-economică.

Una dintre primele probleme ce se ridică este aceea a elaborării unei periodizări juste a istoriei medicinei romîneşti. Nici una dintre periodizările propuse pînă acum nu este satisfăcătoare, fie că nu ţin seama de etapele istoriei generale a ţării noastre, fie că au în vedere numai activitatea ştiinţifică medicală, ignorînd dezvoltarea organizării sanitare.

Orientarea marxistă consecventă a cercetărilor va permite prezentarea luptei dintre materialism şi idealism în medicina romînească în adevărata ei lumină, în toată ascuţimea sa, renunţînd la atitudinile eclectice şi împăciuitoriste, de „înfrumuseţare" a realităţii, caracteristice istoriografiei burgheze.

Trebuie de asemenea intensificată preocuparea pentru istoria ocrotirii sănătăţii, care, aşa cum arată istoricul sovietic al medicinei M. A. Barsukov, are printre altele şi sarcina să studieze „lupta revoluţionară a oamenilor muncii

pentru rezolvarea teoretică și practică a problemelor de ocrotire a sănătății, în strînsă legătură cu lupta generală pentru nimicirea capitalismului și instaurarea socialismului". Tocmai studiul istoriei organizării sanitare ne oferă materialul necesar pentru a înțelege etapele pe care le-a parcurs deservirea medicală a oamenilor muncii, dîndu-ne astfel posibilitatea să apreciem prin comparație importanța înfăptuirilor statului democrat-popular. Pentru a răspunde acestei sarcini, Centrul de organizare a ocrotirii sănătății și istorie a medicinei studiază istoricul asistenței medicale a muncitorilor din întreprinderile din țara noastră în perioada dintre cele două războaie mondiale.

Totodată, doar istoria ocrotirii sănătății scoate la iveală activitatea de-a lungul timpurilor nu numai a figurilor proeminente, ci și a medicilor modești de la orașe și sate, străduințile lor pentru a apăra sănătatea poporului, lupta lor anonimă dusă în trecut în cele mai nefavorabile împrejurări.

Legată de istoria ocrotirii sănătății, trebuie începută o cercetare temeinică asupra luptei pe care partidul nostru a purtat-o de la înființarea sa pentru asigurarea unor condiții medico-sanitare corespunzătoare pentru oamenii muncii. Studiind presa legală și ilegală editată de partid, activitatea organizațiilor de masă conduse de partid pînă la eliberarea țării noastre, va trebui evidențiat rolul de avangardă pe care l-a avut Partidul Comunist Romîn în îmbinarea luptei pentru desființarea exploatării cu lupta pentru crearea unor condiții igienico-sanitare cît mai bune. De asemenea, va trebui evidențiată poziția principială a partidului în fiecare etapă a revoluției democrat-populare, poziție decurgînd din grija sa permanentă pentru satisfacerea tot mai largă a necesităților materiale și culturale ale oamenilor muncii.

Pentru aceasta este necesară lichidarea tendinței de a considera că istoricul medicinei trebuie să se ocupe numai de cercetarea unor epoci mai îndepărtate, sub motiv că perioada cea mai recentă n-ar mai constitui „obiect de studiu" al istoriografiei. In „Observațiile cu privire la conspectul manualului de Istorie modernă" întocmite în 1934 de I. V. Stalin, S. M. Kirov și A. A. Jdanov se arată ca o mare greșeală faptul că autorii conspectului nu duc expunerea istorică pînă la zi. Numai arborînd epoca cea mai apropiată, istoria medicinei aduce o contribuție cît mai efectivă la orientarea activității medicale practice și teoretice.

O sarcină, de a cărei grabnică realizare depinde dezvoltarea cu succes a cercetărilor de istorie a medicinei, o constituie lărgirea cercului istoricilor medicinei. Este vorba de a face eforturi pentru a antrena în studii istorice un număr mare de medici care se interesează de trecutul profesiei lor și doresc să contribuie la valorificarea lui. In această privință, exemplul istoriografiei medicale sovietice este foarte încurajator, căci în periodicele sovietice întîlnim articole valoroase de istorie a medicinei nu numai ale unor profesori sau academicieni, ci și ale unor simpli practicieni din provincie, pasionați de cercetarea istorică. Va trebui creat și la noi acest curent pentru studiul științific al trecutului medical.

Un rol însemnat revine catedrelor de istorie a medicinei, care vor trebui să trezească interesul studenților pentru această disciplină prin felul în care predarea istoriei medicinei va contribui, atît la lărgirea culturii lor generale, cît și la mai buna asimilare a cunoștințelor de specialitate. Pentru aceasta este de dorit ca studenții să fie antrenați la cercetări în cadrul cercurilor științifice, dînd totodată, în măsura posibilităților, un aspect creator pregătirii și desfășurării seminariilor.

Studiul aprofundat al dezvoltării diferitelor ramuri ale medicinei, ca și al școlilor și curentelor medicale care s-au succedat în trecut, este cu neputință de

realizat fără conlucrarea strînsă dintre istorici şi medicii specialişti, conlucrare care asigură, pe de o parte, legătura cu practica, iar pe de altă parte, exactitatea ştiinţifică, atît a cunoştinţelor medicale de specialitate expuse, cît şi a încadrării istorice.

Istoricul sovietic al medicinei, profesorul B. D. Petrov, atrage atenţia asupra faptului că „deseori, în trecut, oamenii de ştiinţă şi medicii nu şi-au putut realiza ideile din cauza nivelului prea scăzut al ştiinţei, lipsei datelor necesare, imperfecţiunii metodelor, absenţei bazei materiale. Una din sarcinile istoriei medicinei este să caute aceste idei nerealizate, să le descopere şi să le pună în evidenţă, posibilităţile". Şi în acest caz apare necesitatea colaborării creatoare dintre istoricul medicinei şi specialişti, căci primul nu poate, fără ajutorul specialiştilor, să scoată la lumină concepţiile pozitive şi iniţiativele pe care împrejurările nefavorabile din trecut le-au condamnat un timp la insucces.

Tot printr-o asemenea cercetare colectivă, cu participarea a numeroşi medici din ţară se va asigura studierea medicinei populare, domeniu neglijat de istoriografia noastră medicală. Nu trebuie scăpat din vedere interesul practic real pe care-l prezintă medicina populară prin fondul empiric care stă la baza sa. Istoria medicinei trebuie să înveţe mai ales pe tînărul medic, predispus de cele mai multe ori să considere cu dispreţ întreaga medicină populară, că medicina ştiinţifică îşi trage rădăcinile din ce a fost pozitiv în medicina populară şi că experienţa milenară acumulată în folclorul medical poate fi pusă în valoare prin verificarea ştiinţifică a practicii empirice.

Studiile întreprinse, îndeosebi în ultimii ani, au pus în evidenţă contribuţia hotărîtoare a medicinei înaintate ruse în dezvoltarea medicinei ştiinţifice romîneşti. Va fi necesar să se continue aceste cercetări, folosind bogatul material de arhivă încă inedit. De mare interes este evidenţierea legăturilor medicale romîno-sovietice dintre cele două războaie mondiale, cînd, cu toate opreliştile autorităţilor burghezo-moşiereşti, cei mai valoroşi oameni de ştiinţă de la noi s-au străduit să cunoască, direct sau indirect, cuceririle măreţe ale ştiinţei medicale sovietice. Studii de sinteză trebuie să pună în lumină ajutorul uriaş pe care Ţara Socialismului l-a dat şi îl dă pe plan material şi ştiinţifico-organizatoric pentru făurirea unui sistem înaintat de ocrotire a sănătăţii şi pentru propăşirea ştiinţelor medicale în republica noastră.

Va trebui să se acorde o mai mare atenţie cercetărilor asupra legăturilor medicale dintre ţara noastră şi celelalte ţări de democraţie populară. Dacă, de pildă, în ceea ce priveşte relaţiile romîno-maghiare s-a făcut un început promiţător, prea puţin au fost studiate bogatele legături medicale romîno-bulgare.

Evidenţiind meritele gîndirii medicale materialiste şi progresiste din ţările capitaliste, istoricii medicinei nu trebuie să uite însă nici o clipă că teoria şi practica medicală oficială din ţările capitaliste poartă caracterul retrograd şi antiuman al orînduirii bazate pe exploatarea omului de către om. Este de aceea o datorie a istoricilor medicinei din patria noastră de a combate mai activ tezele antiştiinţifice ale istoricilor burghezi ai medicinei, de a susţine prioritatea savanţilor noştri, de a demonstra superioritatea sistemului socialist de ocrotire a sănătăţii.

Concretizarea eforturilor de lărgire şi aprofundare a studiilor de istorie a medicinei trebuie să fie intensificarea publicării de lucrări asupra trecutului nostru medical. Este şi vina istoricilor medicinei că actualmente periodicele medicale,

cu excepţia „Revistei de ocrotire a sănătăţii în R.P.R.", publică doar sporadic articole de istorie a medicinei.

La fel se simte nevoia editării de texte alese din scrierile cele mai semnificative din trecutul medicinei, ceea ce ar contribui atît la ridicarea nivelului ideologic al muncitorilor sanitari, cît şi la organizarea unor seminarii mai pline de conţinut la cursul de istorie a medicinei.

Trebuie dezvoltată activitatea de popularizare a cunoştinţelor de istorie a medicinei, pe care o întreprind unii dintre cercetători, îndeosebi în cadrul Societăţii pentru răspîndirea ştiinţei şi culturii.

A sosit de asemenea timpul să se treacă la pregătirea unor opere de sinteză, preferabil în redactare colectivă, asupra istoriei medicinei şi a ocrotirii sănătăţii din ţara noastră. Desigur că monografiile asupra personalităţilor creatoare sînt bine venite şi foarte necesare, dar trebuie păşit la prezentarea istorică a diferitelor concepţii, şcoli, curente, etapă preliminară pentru realizarea unei istorii a gîndirii noastre medicale. In tot cazul, nu mai poate fi întîrziată elaborarea cursului universitar de istorie a medicinei, sarcină trasată de Ministerul Sănătăţii de mai multă vreme şi pentru îndeplinirea căreia s-au şi luat angajamente.

Istoricii medicinei sînt datori ca, pe lîngă colecţiile muzeale existente la Cluj şi Sibiu, să se preocupe de strîngerea şi expunerea preţioaselor materiale, care se găsesc în centre ca: Iaşi, Timişoara, Tîrgu-Mureş etc., începînd concomitent pregătirea efectivă a organizării unui muzeu central de istorie a medicinei şi farmaciei, operă care ar avea o importanţă informativă şi educativă excepţională.

In legătură cu aceasta, trebuie menţionată necesitatea creării unui curent de studii şi chiar de învăţămînt, în domeniul istoriei farmaciei.

Asemenea sarcini complexe şi de răspundere cer istoricilor medicinei noastre să strîngă legăturile cu institutele de cercetări ştiinţifice medicale şi de istorie şi filozofie. In acelaşi timp, Centrului de organizare a ocrotirii sănătăţii şi istorie a medicinei îi revine rolul ca, sub conducerea Ministerului Sănătăţii, să înlesnească schimbul periodic de experienţă între istoricii medicinei, atît pe planul cercetării ştiinţifice, cît şi al activităţii didactice.

Învăţînd din bogata experienţă a istoriografiei medicale sovietice şi luptînd statornic împotriva influenţelor vechii ideologii, istoricii medicinei vor putea să aducă din plin contribuţia lor la progresul ştiinţelor medicale şi la formarea medicului nou, al epocii socialiste.

MEDICUL ORGANIZATOR AL OCROTIRII SĂNĂTĂȚII

Conf. AL. PESCARU, Candidat în Ştiinţele Medicale

In ultimul timp au avut loc, la nivelul Ministerului Sănătăţii şi în cadrul Centrului de organizare a ocrotirii sănătăţii şi istorie a medicinei, o serie de discuţii cu privire la profilul, conţinutul activităţii şi pregătirea medicului organizator al ocrotirii sănătăţii.

Această discuţie nu s-a născut în mod întîmplător. Ea are la bază cel puţin două fapte, şi anume: în primul rînd, necesitatea de a da o bază ştiinţifică tuturor măsurilor avînd ca scop ocrotirea sănătăţii (inclusiv măsurile cu caracter economic, politic, cultural etc.), în al doilea rînd, recunoaşterea faptului că, pentru a pune în aplicare concepţiile şi măsurile preconizate de ştiinţa organizării ocrotirii sănătăţii, este nevoie de un corp de specialişti bine calificaţi în acest domeniu.

Ce condiţii au arătat necesitatea de a fundamenta ştiinţific măsurile de organizare a ocrotirii sănătăţii în ţara noastră?

Referindu-se la superioritatea sistemului socialist sovietic de ocrotire a sănătăţii, N. A. Semaşko arată că, acesta fiind o parte a regimului de stat sovietic, „nu alte clase ostile, cum este cazul în ţările capitaliste, îngrijesc de satisfacerea nevoilor celor ce muncesc, ci înşişi cei ce muncesc în societatea socialistă... au grijă de satisfacerea nevoilor lor proprii în general şi de ocrotirea sănătăţii lor în special".

Deci, adevărata grijă a societăţii pentru sănătatea poporului este posibilă, după cum arată experienţa Uniunii Sovietice şi a ţărilor de democraţie populară, în cazul de faţă a ţării noastre, numai după lichidarea regimului capitalist, după învingerea burgheziei şi trecerea puterii în mîna celor ce muncesc, adică atunci cînd clasa muncitoare devine organizatorul direct al ocrotirii sănătăţii.

Faptul că în condiţiile regimului democrat popular şi în ţara noastră preocuparea pentru om se găseşte pe primul plan, iar statul îşi fundamentează întreaga sa politică în domeniul economic, social şi cultural pe concepţia marxism-leninismului, a determinat o modificare atît a conţinutului, cît şi a formelor sistemului de ocrotire a sănătăţii în R.P.R.

Astfel, ocrotirea sănătăţii a dobîndit un caracter de stat, ceea ce înseamnă că statul democrat-popular şi-a luat asupra sa această obligaţie, iar diferitele departamente, instituţii şi organizaţii trebuie să participe activ la rezolvarea problemelor sanitare.

Sistemul de ocrotire a sănătăţii reprezintă un sistem unic de măsuri curativo-profilactice şi igienico-sanitare, fundamentat ştiinţific şi construit pe bază de plan. Asistenţa medicală este gratuită, îşi lărgeşte permanent activitatea şi îşi îmbunătăţeşte calitatea pe baza unei specializări cît mai înalte şi a orientării măsurilor medicale şi sanitare pe linia profilactică. Oamenii muncii participă din ce în ce mai activ la rezolvarea problemelor de ocrotire a propriei lor sănătăţi.

Toate acestea arată că ocrotirea sănătăţii — care în nici un caz nu poate fi realizată numai prin mijloace medicale — are un conţinut care cere o activitate complexă, în care sînt antrenaţi o sumă de factori economici, culturali, sociali, medicali etc. Aceasta impune, desigur, găsirea formelor celor mai corespunzătoare pentru rezolvarea problemelor de ocrotire a sănătăţii în diferitele etape de dezvoltare a statului nostru.

In aceste condiții, se simte nevoia unei metode științifice prin care să se studieze și să se pună în evidență legile obiective care condiționează starea de sănătate a populației și care, în același timp, să fundamenteze științific măsurile avînd ca scop tratarea și prevenirea bolilor, păstrarea capacității de muncă, scăderea morbidității și mortalității, prelungirea vieții. Aceasta a și determinat apariția și dezvoltarea organizării ocrotirii sănătății ca știință.

Se pune problema: cine este acel cadru chemat să facă o apreciere științifică a stării de sănătate a populației, iar pe baza acestei analize să alcătuiască un plan complex de măsuri care, pornind de la posibilitățile concrete de realizare și bazat pe o politică de principii științific fundamentate, să asigure condițiile activității de ocrotire a sănătății?

Acest cadru trebuie să fie medicul organizator al ocrotirii sănătății.

Trebuie precizat de la început că, prin medic organizator al ocrotirii sănătății, se înțelege cadrul cu muncă de răspundere la nivelul organelor de ocrotire a sănătății. Celelalte tipuri de cadre, de la medicii organizatori ai ocrotirii sănătății pe diferite specialități pînă la medicii specialiști din rețea, deși au în conținutul activității lor un procent însemnat de muncă organizatorică, nu constituie obiectul principal al preocupărilor acestui articol.

In scopul cunoașterii și aprecierii științifice a stării de sănătate a populației, medicul organizator al ocrotirii sănătății trebuie să cunoască temeinic condițiile economico-sociale și culturale în care trăiește și muncește colectivitatea pe care o are în grijă. Această cunoaștere nu trebuie să fie lipsită de date complete privind locuința, alimentația, ocupația, nivelul cultural, condițiile igienico-sanitare, dezvoltarea rețelei medico-sanitare etc. O dată stabilit cadrul economico-social și cultural, trebuie cunoscute situația și dinamica natalității și mortalității, morbidității și dezvoltării fizice a populației. Analiza corelațiilor care există între toate aceste date va da acel mănunchi de concluzii, care determină conținutul și formele complexului de măsuri ce trebuie luate în interesul ocrotirii sănătății populației. Fără îndoială că toate aceste operații cer o serie de cunoștințe în domeniul istoriei, geografiei, urbanisticii, statisticii ș.a., precum și o bună pregătire în marxism-leninism și economie politică.

In ceea ce privește al doilea mare capitol, adică alcătuirea planului complex de măsuri în vederea ocrotirii sănătății, trebuie spus că și aici medicul organizator al ocrotirii sănătății are de dus o muncă intensă pentru a cunoaște posibilitățile (bineînțeles nu numai de ordin medical) și mijloacele de rezolvare a problemelor de sănătate publică.

Aci sînt indispensabile date privind organizarea și eficiența unităților medicale pe rețele și instituții, pe bază de indici, modul de încadrare, dotarea și înzestrarea etc. Din planurile sale nu pot lipsi propuneri privind contribuția instituțiilor și organelor nemedicale în probleme ca: alimentația publică, aprovizionarea populației cu articole de îmbrăcăminte, construcția de locuințe etc., care constituie factori importanți ai stării de sănătate a populației.

Desigur că munca aceasta nu poate fi opera unui singur om. De aceea, medicul organizator al ocrotirii sănătății va apela la ajutorul diferiților specialiști din domeniul medicinei, ca și din alte domenii care îl vor ajuta să analizeze și să fundamenteze științific măsurile sale.

Medicul internist, chirurgul, pediatrul, igienistul, epidemiologul etc. au obligația de a cunoaște problemele de organizare a asistenței medicale în specialitatea respectivă, deoarece aceasta este forma concretă care permite celor mai înalte

cunoştinţe medicale să vină în ajutorul populaţiei, să contribuie în mod real la scăderea morbidităţii şi mortalităţii.

Forma, caracterul, volumul contribuţiei fiecăreia dintre specialităţile medicale trebuie incluse într-un plan general unic, deoarece ocrotirea sănătăţii reprezintă un sistem unitar care se desfăşoară în anumite condiţii istorice concrete, determinate, pe de o parte, de posibilităţile oferite de condiţiile generale economico-sociale şi, pe de altă parte, de nevoile ce se desprind pe baza studiului stării de sănătate a populaţiei.

In aceste condiţii ierarhizarea, etapizarea, fixarea ritmului de dezvoltare, asigurarea condiţiilor materiale pentru realizarea măsurilor preconizate de fiecare specialist trebuie sintetizate pe baza unei fundamentări ştiinţifice de către acel cadru care, datorită pregătirii speciale şi poziţiei lui în aparatul de stat, alcătuieşte planul de ocrotire a sănătăţii şi organizează realizarea lui. Acest cadru este medicul organizator al ocrotirii sănătăţii.

Medicul organizator al ocrotirii sănătăţii trebuie să fie în permanenţă conştient de faptul că, pe lîngă medic, el este unul din elementele importante ale conducerii treburilor de stat şi, mai presus de toate, un activist social de frunte.

In felul acesta, medicul organizator al ocrotirii sănătăţii va putea fi specialistul care într-adevăr poartă răspunderea sănătăţii populaţiei în cadrul colectivului aparatului de stat administrativ.

Ocrotirea sănătăţii implicînd o luptă dusă cu mijloace pe cît de numeroase, pe atît de variate împotriva bolii şi morţii timpurii, medicul organizator al ocrotirii sănătăţii trebuie să dispună de elemente reale pentru elaborarea unei strategii şi tactici în acest domeniu.

★

Discuţiile purtate în ultimul timp la Centrul de organizare a ocrotirii sănătăţii şi istorie a medicinei, cu privire la pregătirea cadrelor de medici organizatori ai ocrotirii sănătăţii şi de medici cu munci pe probleme de organizare a asistenţei medicale, au ajuns la concluziile care urmează.

Munca de organizare a ocrotirii sănătăţii se execută prin două tipuri de cadre:

I. Medici specialişti în organizarea ocrotirii sănătăţii.

II. Medici cu munci pe problemele de organizare a asistenţei medicale.

I.

Medicul organizator al ocrotirii sănătăţii este cadrul care are ca specialitate de bază organizarea ocrotirii sănătăţii şi lucrează în organele ocrotirii sănătăţii sau corpul didactic şi ştiinţific din specialitatea de organizare a ocrotirii sănătăţii.

1. *Cadre superioare.*

a) — director în minister;
— director adjunct în minister;
— medic-şef de regiune;
— medic-şef de oraş Bucureşti.

Observaţie. Aici pot intra şi cadre conducătoare pe anumite obiecte de importanţă deosebită: şantiere mari şi speciale, spital mare, sanepid mare, secţie medico-sanitară mare, cîteva raioane importante etc.

sarcini principale: — elaborarea și urmărirea planurilor de perspectivă în ocrotirea sănătății;
— organizarea unei juste munci de cadre;
pregătirea: — minimum 3 ani în organizarea ocrotirii sănătății (medici din categoria a doua sau conducători de instituții mari);
— curs de un an de specializare;

b) — profesor la catedra de organizare a ocrotirii sănătății;
— conferențiar la catedra de organizare a ocrotirii sănătății;
— director al institutului de organizare a ocrotirii sănătății;
— director adjunct al institutului de organizare a ocrotirii sănătății;
— director de secție al institutului de organizare a ocrotirii sănătății;
sarcini principale: — redactarea și ținerea cursurilor;
— conducerea cercetărilor științifice;
pregătire: — 5 ani în învățămînt
— 3 ani de cercetare științifică (cu lucrări)
— 3 ani practică în organizarea ocrotirii sănătății.

2. *Cadre inferioare*

a) — adjuncți în aparatul secției sanitare regionale (pe problemele curativo-profilactice și în întreprinderi);
— medic-șef de raion;
— medic-șef de oraș;
— medici de asigurări sociale și C. C. ale sindicatelor;
sarcini principale: — elaborarea și urmărirea planului de ocrotire a sănătății;
— îmbunătățirea calității asistenței medicale;
pregătirea: — stagiu de 3 ani în medicină și organizare a ocrotirii sănătății (conducător de instituție);
— curs de 6 luni de specializare;

b) — lector la catedra de organizare a ocrotirii sănătății;
— asistent la catedra de organizare a ocrotirii sănătății;
— șef de sector la Institutul de organizare a ocrotirii sănătății;
— cercetător-șef la Institutul de organizare a ocrotirii sănătății;
— cercetător la Institutul de organizare a ocrotirii sănătății;
sarcini principale: — lucrări practice.
— cercetare științifică îndrumată.
pregătirea: — aspirantura
— stagiu de 3 ani în organizarea ocrotirii sănătății.

II

Orice medic trebuie să aibă cunoștințe în organizarea ocrotirii sănătății și cu atît mai mult cei care au munci pe linia organizării asistenței medicale de specialitate.

a) — specialiștii principali;
— inspectorul de stat regional;

Observație. Pot intra aci și șefii secției metodologice a institutelor de cercetări științifice.

sarcini principale: — ridicarea calității muncii;
— atestații;

pregătire: — munci didactice ştiinţifice;
— stagiu de cel puţin 8 ani pentru specialiştii principali;
— curs de 3 luni.

b) — adjuncţii pe probleme la nivelul secţiei sanitare;
— medicii igienişti şefi (directorii sanepidurilor regionale);
sarcini principale: — organizarea asistenţei medicale în specialitate;
pregătire: — stagiu de 3 ani în conducerea unităţii;
— curs de 3 luni.

c) — conducătorii de unităţi medicale (spital, sanepid)
sarcini principale: — organizarea asistenţei medicale a populaţiei teritoriului respectiv;
pregătire: — stagiu în munca de medic de circumscripţie şi medic primar;
— cursuri la nivelul centrului regional;

d) — medicul de circumscripţie şi specialistul în orice domeniu al medicinei;
sarcini principale: organizarea muncii pe baze ştiinţifice;
pregătirea: — la facultate şi instructaje la centrul raional şi regional.

★

Ştiinţa organizării ocrotirii sănătăţii este o disciplină nou apărută în ţara noastră, iar medicii organizatori ai ocrotirii sănătăţii sînt specialişti apăruţi şi mai de curînd.

Aceasta explică în bună parte de ce la noi — spre deosebire de U.R.S.S., unde întreaga dezvoltare a ocrotirii sănătăţii a justificat de mult necesitatea acestei ştiinţe şi a specialiştilor respectivi — există încă nelămuriri şi uneori teama de a lucra în acest domeniu, chiar din partea multor medici avînd munci de răspundere în organele ocrotirii sănătăţii.

Există încă numeroşi medici organizatori ai ocrotirii sănătăţii care, din teama de a nu se „descalifica" — cum declară ei —, caută să-şi menţină o jumătate de normă în specialitatea din care au provenit. Alţi tovarăşi, din aceeaşi teamă de a nu se „descalifica", sînt de părere că medicul organizator al ocrotirii sănătăţii trebuie să aibă profilul medicului internist. In sfîrşit, alţii găsesc că efectuarea uneia sau mai multor operaţii pe săptămînă (este vorba de foşti chirurgi) le-ar permite cultivarea unei gîndiri medicale.

Din toate aceste păreri reiese cu claritate — chiar dacă nu este afirmată categoric — ideea greşită că medicul organizator al ocrotirii sănătăţii nu este un specialist şi că deci, pentru a nu se „descalifica", trebuie să menţină într-un fel oarecare legătura cu medicina.

Din toate cele expuse mai sus cu privire la sarcinile şi mai ales cunoştinţele pe care trebuie să le aibă medicul organizator al ocrotirii sănătăţii, reiese clar că dacă medicii specialişti în acest domeniu vor să aibă calificarea necesară muncii lor, ei trebuie să studieze temeinic ştiinţa organizării ocrotirii sănătăţii, statistica, metodica studiului stării de sănătate a populaţiei.

Este evident că orice medic organizator al ocrotirii sănătăţii trebuie să posede o serioasă cultură medicală. Pentru aceasta însă nu este nevoie să lucreze într-o specialitate oarecare, fie chiar şi disciplina atît de cuprinzătoare a medicinei interne. O cultură medicală temeinică poate fi realizată prin citirea cărţilor, manualelor, monografiilor, revistelor, prin participarea la diferite cercuri de referate şi seminarii, prin audierea diferitelor conferinţe etc. Principalul pentru un medic organizator al ocrotirii sănătăţii este ca el să aibă acele cunoştinţe şi concepţii care îi pot permite înţelegerea problemelor principale din

fiecare specialitate medicală, înțelegere necesară elaborării — în colaborare cu specialistul respectiv — a formelor organizatorice corespunzătoare obiectivului propus.

Cu ce-i va ajuta medicului organizator al ocrotirii sănătății faptul că el își menține legăturile cu medicina internă sau chirurgia, atunci cînd el trebuie să alcătuiască un plan de luptă împotriva bolilor transmisibile sau un complex de măsuri pentru scăderea mortalității infantile? Cu foarte puțin. Tot va trebui cu această ocazie să lucreze cu epidemiologul sau cu pediatrul.

Cu ce-i va ajuta medicului organizator al ocrotirii sănătății faptul că el continuă să lucreze în oftalmologie sau stomatologie, radiologie sau obstetrică-ginecologie, atunci cînd va lua măsuri pentru combaterea reumatismului și afecțiunilor cardio-vasculare sau pentru scăderea morbidității cu incapacitate temporară de muncă? Cu foarte puțin. Tot va trebui cu această ocazie să lucreze cu medicii diferitelor specialități.

Aceasta arată încă o dată că medicul organizator al ocrotirii sănătății trebuie să posede temeinice cunoștințe în acest domeniu și o bună cultură medicală. Pentru asigurarea calității științifice a diferitelor măsuri de specialitate (interne, chirurgie, pediatrie, igienă, epidemiologie etc.), medicul organizator al ocrotirii sănătății va utiliza specialiștii cei mai calificați. De altfel trebuie spus că specialiștii principali, pe lîngă rolul lor de consilieri științifici, trebuie să fie și organe active de selecționare, pregătire și promovare a cadrelor de specialitate pe profilul respectiv.

O altă formă în care se exprimă dorința de a „apropia" pe medicul organizator al ocrotirii sănătății de medicină este și cererea de a da medicului-șef al regiunii un adjunct administrativ pentru „planificare", și altele. Pentru „altele" am putea lua în discuție propunerea, însă pentru planificare nici nu poate fi vorba de așa ceva. Planificarea trebuie să aibă la bază o analiză făcută de un specialist în organizarea ocrotirii sănătății, care, cunoscînd posibilitățile și obiectivele, poate aprecia corect nevoile în ceea ce privește dezvoltarea rețelei, pregătirea cadrelor, asigurarea bazei materiale etc.

★

Spuneam mai sus că teama unora dintre medicii organizatori ai ocrotirii sănătății de a lucra în acest domeniu și, am putea spune, și lipsa de dorință a altora se datoresc în parte lipsei unei înțelegeri clare a problemei și faptului că disciplina de care vorbim a apărut recent la noi.

Un alt aspect al problemei constă în felul în care s-au făcut pînă în prezent selecționarea, pregătirea și promovarea cadrelor de medici organizatori ai ocrotirii sănătății. Un mare rol îl are felul în care s-a manifestat pînă acum grija pentru condițiile de viață și de muncă ale acestor cadre.

Se poate afirma că, pînă în prezent, Ministerul Sănătății nu s-a preocupat suficient de selecționarea, pregătirea și promovarea cadrelor de medici organizatori ai ocrotirii sănătății. Superficialitatea cu care a fost privită această problemă se poate vedea din faptul că selecționarea acestor cadre nu s-a făcut totdeauna după criterii politice și profesionale juste. Acest fapt a fost determinat și de lipsa unei preocupări speciale pentru pregătirea de rezerve de cadre în domeniul organizării ocrotirii sănătății. Lipsa acestei rezerve de cadre — rezervă care constituie un principiu de bază al politicii de cadre — a făcut ca promovarea să se facă deseori superficial și pripit, fără a permite ca un cadru să se verifice

prin muncă în postul în care era pus. In munca de medic organizator al ocrotirii sănătății, rareori i se dădea cadrului respectiv posibilitatea să învețe din propriile greșeli, fiind înlocuit înainte de a se încerca ridicarea nivelului său profesional prin îndrumări, critici, cursuri etc.

Cunoștințele pe care le posedă astăzi cadrele noastre de medici organizatori ai ocrotirii sănătății sînt dobîndite spontan, ele nefiind rezultatele unei pregătiri speciale.

Dacă vom urmări evoluția numărului cursanților la cursurile organizate la nivelul catedrei de organizare a ocrotirii sănătății a Institutului de perfecționare și specializare a medicilor, vom vedea că el scade permanent, deși cifra locurilor admise în planul de învățămînt a rămas cam aceeași. Astfel, la unul din ciclurile organizate pentru medicii-șefi de raion (curs ținut în anul 1953) au fost prezenți numai 2 din cei 20 programați! Aceasta arată, pe de o parte, o lipsă de preocupare a Ministerului Sănătății, iar pe de altă parte, o lipsă a secțiilor sanitare de regiune în recrutarea cursanților.

Care ar fi mijloacele de remediere a acestei situații?

Pentru aceasta trebuie să luăm în considerație două probleme. Prima problemă privește situația medicilor organizatori ai ocrotirii sănătății actuali, care provin din diferite specialități (pe care o mare parte dintre ei le practică și astăzi). A doua problemă privește pregătirea medicilor specialiști în organizarea ocrotirii sănătății.

In cazul cadrelor actuale din acest domeniu va trebui, printr-o cercetare minuțioasă, să vedem care sînt medicii care sînt dispuși să renunțe la specialitatea lor veche și au posibilitatea să devină medici specialiști în organizarea ocrotirii sănătății. Pentru aceștia va trebui organizat neapărat un curs pe timp de un an la nivelul catedrei respective a Institutului de perfecționare și specializare a medicilor, în colaborare cu Centrul de organizare a ocrotirii sănătății și istoria medicinei. Din cele 10 luni ale acestui an de învățămînt, aproximativ jumătate vor trebui destinate predării problemelor principale în cîteva discipline clinice și de igienă mai importante. Absolvenții acestui curs vor fi utilizați ca medici-șefi de regiune și orașe mai importante, directori de spitale și sanepiduri mari, alții vor putea fi încadrați în aparatul Ministerului Sănătății și al secțiilor sanitare.

In ceea ce privește medicii organizatori ai ocrotirii sănătății, care doresc să continue a lucra în vechea specialitate și vor chiar să se întoarcă la aceasta la un moment dat pentru a se ocupa exclusiv de ea, vor trebui organizate două forme de ridicare a nivelului profesional în organizarea ocrotirii sănătății:

a) cicluri de lecții și conferințe organizate de catedra de organizare a ocrotirii sănătății de la nivelul Institutului de perfecționare și specializare a medicilor, în colaborare cu Centrul de organizare a ocrotirii sănătății și istorie a medicinei și cu participarea unor cadre din aparatul Ministerului Sănătății;

b) teme de cercetare științifică cu privire la problemele importante actuale ale ocrotirii sănătății în țara noastră, care să fie realizate sub conducerea medicilor-șefi de regiune (și cu participarea medicilor-șefi de raion și oraș) și sub îndrumarea Centrului de organizare a ocrotirii sănătății.

Desigur, aceste forme de învățămînt nu exclud continuarea și extinderea metodelor practicate în prezent la catedrele de specialitate din cadrul Institutului de perfecționare și specializare a medicilor și Institutului medico-farmaceutic.

In legătură cu grija care trebuie purtată medicilor organizatori ai ocrotirii sănătății, ar fi cazul de a reconsidera salarizarea actuală a acestor cadre, care

nu corespunde muncii şi răspunderii unui cadru atît de preţios în sistemul de ocrotire a sănătăţii din ţara noastră.

O problemă destul de importantă o constituie situaţia ce se poate crea la un moment dat în evoluţia unui medic organizator al ocrotirii sănătăţii care nu corespunde sarcinilor. Cauza unei asemenea situaţii constă adesea în lipsa de cunoştinţe privind organizarea ocrotirii sănătăţii şi lipsa de îndrumare în muncă. Remedierea acestor lipsuri se poate face prin trimiterea cadrului respectiv la cursuri de perfecţionare (poate şi de specializare) sau prin asigurarea unei mai bune îndrumări a acestora de către organele ocrotirii sănătăţii imediat superioare. Altă cale ar fi, desigur, menţinerea cadrului respectiv la nivelul muncii în care el a corespuns ultima dată. Important este ca această retrogradare să fie făcută numai după ce s-au epuizat toate mijloacele de ridicare a calificării şi priceperii medicului organizator al ocrotirii sănătăţii respectiv. Ca un mijloc de ridicare a calificării trebuie considerată învăţarea din propriile greşeli. Bineînţeles, aceasta nu trebuie făcută în detrimentul asigurării ocrotirii sănătăţii populaţiei.

Desigur, vor fi şi o serie de cadre care nu vor corespunde sarcinilor unui medic organizator al ocrotirii sănătăţii. In cazurile acestea, trebuie pusă problema trecerii în altă specialitate. Această situaţie există în fond în orice specialitate medicală, însă are un caracter mai puţin evident în comparaţie cu organizarea ocrotirii sănătăţii, unde lipsurile, chiar cele mai neînsemnate, ies foarte repede la lumină prin răsfrîngerea lor în domeniul sănătăţii publice.

Pentru a pregăti medici organizatori ai ocrotirii sănătăţii specialişti, problema trebuie pusă mult mai larg. In cazul acesta recrutarea cadrelor trebuie să înceapă mult mai devreme în evoluţia medicului, adică chiar de pe băncile facultăţii, şi mai exact din anul VI. Consider că această recrutare trebuie făcută atît la Facultatea de igienă cît şi la Facultatea de medicină generală şi chiar de pediatrie.

In acest scop, specializarea de cadre de medici organizatori ai ocrotirii sănătăţii trebuie începută şi la noi în ultimul an al facultăţii. Această specializare va trebui să aibă două obiective principale: în primul rînd, de a înarma pe viitorul medic organizator al ocrotirii sănătăţii cu toate cunoştinţele teoretice şi practice necesare muncii sale după absolvire; în al doilea rînd — şi acestei probleme trebuie să-i acorde o atenţie deosebită colectivul de catedră şi direcţia de cadre a Ministerului Sănătăţii — de a aprecia posibilităţile reale pe care le posedă studentul respectiv pentru a deveni medic organizator al ocrotirii sănătăţii.

In ceea ce priveşte aprecierea posibilităţilor de viitor medic organizator al ocrotirii sănătăţii trebuie spus că un an de observaţie asupra unui cadru care totuşi nu are o muncă de răspundere în acest domeniu, el fiind un om care învaţă, nu este suficient. Aci apare alt caracter deosebit de important pe care trebuie să-l aibă munca de cunoaştere, selecţionare, pregătire şi promovare a cadrelor: studiul sistematic, neîntrerupt.

In ce constă acest studiu sistematic?

Medicul organizator al ocrotirii sănătăţii trebuie să se dezvolte parcurgînd toate etapele principale şi verigile de bază ale sistemului de ocrotire a sănătăţii. De aceea, după absolvire, el trebuie să lucreze 3 ani la nivelul circumscripţiei rurale, urbane şi de atelier. Nu ar fi just ca această perioadă să fie micşorată sub 3 ani. Cu această ocazie trebuie să se aibă în vedere că absolvenţii promoţiilor viitoare de medici vor avea vîrsta de 22—23 ani şi nu 25—26 ani ca pînă

acum. In munca sa la nivelul circumscripției, medicul organizator al ocrotirii sănătății trebuie ajutat să crească. Foarte important este ca el să fie îndrumat de la primii pași, prin alcătuirea unui plan de muncă și urmărirea felului în care îndeplinește acest plan. In felul acesta, printr-un contact permanent, cel care urmărește creșterea viitorului medic organizator al ocrotirii sănătății va putea studia în procesul muncii calitățile și defectele acestuia, cunoștințele, experiența, tăria de caracter, capacitatea de a organiza, operativitatea, modul în care se comportă cu oamenii, felul în care critică greșelile sale și ale altora, curajul de a lupta cu greutățile etc.

Munca la nivelul circumscripției poate și trebuie să fie o școală pentru pregătirea viitorilor medici organizatori ai ocrotirii sănătății.

Ca o paranteză trebuie spus că nivelul de cunoștințe ale medicului de circumscripție în problemele organizării ocrotirii sănătății, trebuie atins de toți medicii, indiferent de specialitate, dat fiind că sistemul socialist de ocrotire a sănătății urmărește ca fiecare medic să fie în același timp un bun organizator al muncii sale.

La fiecare etapă, în decursul acestor 3 ani, este necesară efectuarea unei atestații, care va da aprecierea modului în care s-a dezvoltat cadrul respectiv.

A doua verigă în care trebuie promovat medicul organizator al ocrotirii sănătății, dacă a dovedit reale posibilități de dezvoltare, este conducerea unui spital raional sau orășenesc (eventual director adjunct) sau a unui sanepid.

Dacă munca în cadrul circumscripției a fost o perioadă în care medicul organizator al ocrotirii sănătății a putut cunoaște celula acestui organism complex care este sistemul de ocrotire a sănătății, a învățat să muncească pe baza unui plan de muncă individual și și-a însușit o disciplină a muncii, în munca de la nivelul spitalului sau de la sanepid el va coordona activitatea unui colectiv, imprimînd muncii acestuia calitățile cîștigate prin planificare și însușirea unei discipline. Această a doua verigă — care se întinde pe o perioadă de aproximativ doi ani — dă medicului organizator al ocrotirii sănătății un capitol bogat de deprinderi și cunoștințe tehnico-organizatorice. Spun „aproximativ" doi ani, deoarece această perioadă poate fi scurtată în anumite cazuri.

Și această etapă trebuie urmărită sistematic, în sensul unei îndrumări permanente, care să ofere medicului organizator al ocrotirii sănătății posibilitatea să învețe în permanență. Trebuie văzut cum stimulează inițiativa colaboratorilor și inovațiile, cum reușește să facă din unitatea respectivă o instituție fruntașă. Această etapă se încheie de asemenea cu atestație.

Cu această ocazie trebuie subliniat că munca la nivelul acestei verigi poate crea un început de specializare chiar în cadrul organizării ocrotirii sănătății. Medicul care lucrează la spital poate fi îndrumat pe drumul organizării asistenței medicale curativo-profilactice. Medicul care lucrează în sanepid va putea studia organizarea activității igienico-sanitare și sanitaro-antiepidemice.

A treia verigă, în care trebuie să treacă medicul organizator al ocrotirii sănătății, este conducerea secției sanitare a unui oraș sau a unui raion.

Spre deosebire de activitatea depusă la nivelul circumscripției, spitalului și sanepidului, unde mijloacele de rezolvare a problemelor ocrotirii sănătății depășeau cu puțin — practic vorbind — cadrul pur medical, la nivelul secției sanitare a raionului și orașului medicul organizator al ocrotirii sănătății trebuie să facă față sarcinilor de a organiza studiul stării de sănătate a populației și de a alcătui planul de măsuri — nu numai medicale — care să ducă în timp la

atingerea marilor obiective strategice ale ocrotirii sănătății: scăderea morbidității și mortalității, prelungirea vieții, creșterea excedentului natural al populației.

Munca medicului organizator al ocrotirii sănătății la acest nivel depășește cadrul cunoștințelor tehnico-organizatorice și capătă conținutul deplin al activității științifice de organizare a ocrotirii sănătății, datorită tocmai caracterului statal de rezolvare a problemelor. Stagiul de muncă executat la acest nivel ar trebui să fie de cca 3 ani. Atestația anuală făcută muncii acestor medici șefi de raion și oraș reprezintă o sarcină de mare răspundere, deoarece aci avem de-a face cu un contingent reprezentînd una din principalele rezerve de cadre pentru muncile de răspundere de la conducerea secțiilor sanitare ale orașelor mari și regiunilor (inclusiv medic-șef de oraș sau regiune) și de la nivelul Ministerului Sănătății, care constituie a patra verigă în lanțul dezvoltării specialiștilor în organizarea ocrotirii sănătății.

Elementul nou, care trebuie urmărit sistematic (în urmărire intrînd și noțiunea de îndrumare) în munca medicilor organizatori ai ocrotirii sănătății de la nivelul secțiilor sanitare ale orașelor mari și regiunilor și din aparatul Ministerului Sănătății, îl constituie capacitatea lor de a alcătui și urmări planul de perspectivă în dezvoltarea ocrotirii sănătății și politica dusă de ei în cunoașterea, selecționarea, pregătirea și promovarea cadrelor. Și aci atestația își va aduce aportul ei prețios în dezvoltarea acestor cadre.

O problemă care merită o atenție specială este cea privitoare la selecționarea, pregătirea și promovarea medicilor organizatori ai asistenței medicale pe diferite specialități medicale, de la nivelul secțiilor sanitare ale orașelor mari și regiunilor și de la nivelul aparatului Ministerului Sănătății.

In cazul acestor cadre, prima verigă pentru selecționarea lor ar putea fi instituția medicală de subordonare raională. Aci cadrele respective își vor dovedi capacitatea profesională și posibilitățile organizatorice ale colectivului secției interne, pediatrie. A doua verigă ar putea fi aparatul secției sanitare a regiunii (secția sanitară a raionului — cu excepția raioanelor din marile orașe — avînd în prezent ocupate locurile de adjuncți pe problema cu cadre care lucrează în instituțiile subordonate). In cazul acestor cadre, ocuparea de jumătate de normă în specialitatea respectivă în rețea este absolut necesară. Paralel trebuie organizate cursuri și cicluri de prelegeri sau conferințe pentru ridicarea nivelului profesional.

După cum vedem din cele expuse pînă acum, medicul organizator al ocrotirii sănătății trebuie să parcurgă în pregătirea sa patru etape: circumscripția, instituția sanitară (spitalul sau sanepidul), secția sanitară a raionului și secția sanitară a regiunii sau aparatul Ministerului Sănătății. Prin urmare, în timp vom putea avea în fiecare din aceste etape un contingent de medici organizatori ai ocrotirii sănătății, cu pregătirea corespunzătoare. Deci putem vorbi — în limbajul atestației — de patru categorii de medici organizatori ai ocrotirii sănătății.

Desigur că toate cele expuse pînă acum nu trebuie să excludă posibilitatea ca selecționarea și pregătirea de cadre de organizatori ai ocrotirii sănătății să se facă — și aceasta într-o măsură destul de mare — și din rîndul medicilor de diferite specialități, care dovedesc posibilități și dorința de a lucra în domeniul organizării ocrotirii sănătății. In acest caz ei vor fi atestați și apoi repartizați categoriei de medic organizator al ocrotirii sănătății căreia îi corespund și vor fi pregătiți după sistemul mai sus propus.

Pregătirea unui medic organizator al ocrotirii sănătății nu se poate reduce numai la activitatea arătată mai sus și la îndrumarea — fie chiar temeinică și

permanentă — a muncii în locurile de muncă mai sus amintite. Ea trebuie completată cu cicluri de cursuri, conferinţe, referate, seminarii tratînd probleme specifice fiecărei categorii de medic organizator al ocrotirii sănătăţii. Intreg acest sistem de învăţămînt organizat la nivelul secţiei sanitare a regiunii (pentru cei care lucrează la nivelul circumscripţiei şi instituţiei sanitare) şi al Ministerului Sănătăţii (pentru cei ce lucrează la nivelul secţiilor sanitare ale raionului şi regiunii) va trebui să aibă la bază o programă analitică complexă, alcătuită de Centrul de organizare a ocrotirii sănătăţii şi istorie a medicinei, în colaborare cu catedrele de organizare a ocrotirii sănătăţii ale I.P.S.M. şi I.M.F.

Se pune problema: cine va organiza întreaga activitate de cunoaştere, selecţionare, pregătire şi promovare a cadrelor de medici organizatori ai ocrotirii sănătăţii?

Desigur, răspunderea principală în această problemă o au ministerul sănătăţii şi locţiitorul de ministru pe problema cadrelor. Pentru urmărirea zi de zi a acestei importante sarcini, aş propune numirea, pe lîngă şeful direcţiei de cadre din Minister, a unui director care să se ocupe numai de această problemă. Sarcinile principale ale acestui director ar consta în selecţionarea cadrelor de medici organizatori ai ocrotirii sănătăţii, în asigurarea condiţiilor pentru o bună pregătire teoretică şi practică a acestor cadre şi în organizarea atestaţiei periodice.

Care ar fi elementele principale care trebuie urmărite în politica de selecţionare, pregătire şi promovare a medicilor specialişti în organizarea ocrotirii sănătăţii?

Trebuie urmărit în primul rînd ca acest medic să aibă un nivel ideologic şi politic ridicat şi capacitatea de a organiza munca sa şi a altora.

Aci trebuie subliniată importanţa hotărîtoare pe care o are atitudinea politică a cadrului respectiv faţă de interesele poporului muncitor. El trebuie să cunoască teoria şi practica organizării ocrotirii sănătăţii, statistica sanitară, istoria medicinei, să posede o cultură medicală pusă la punct cu cunoştinţe asupra ultimelor cuceriri ale ştiinţei medicale, să fie familiarizat cu legislaţia sanitară şi diferite legi legate de ocrotirea sănătăţii, cu probleme administrative, contabilicești şi financiare de la nivelul instituţiilor medicale şi din munca organelor sanitare, cu planificarea sanitară. Medicul organizator al ocrotirii sănătăţii trebuie să scrie în presă, în literatura de specialitate; este de dorit să cerceteze o temă ştiinţifică în domeniul organizării ocrotirii sănătăţii pe materialul existent la locul de muncă. In felul acesta, el va duce obligatoriu o serioasă muncă de documentare şi informare.

Activitatea de îndrumare şi instructaj, pe care o duce medicul organizator al ocrotirii sănătăţii, trebuie să aibă nivelul unei munci pedagogice, fapt care va impune acestuia o bună pregătire prealabilă, atît teoretică, cît şi practică.

In ceea ce priveşte promovarea cadrelor de medici organizatori ai ocrotirii sănătăţii, ea trebuie făcută cu deosebită seriozitate şi prudenţă. Promovarea nu trebuie să fie un act pripit, impus de „împrejurări" sau „necesităţi" (deşi acest lucru nu va fi neglijat), ci să fie concluzia unui studiu obiectiv al muncii şi posibilităţilor cadrului respectiv.

O greşeală mare este de asemenea o prudenţă exagerată în promovarea cadrelor. In timp ce se caută un om cu calităţi „ideale", cadre preţioase rămîn pe loc şi „ruginesc". Munca cu cadrele, ca de altfel orice activitate vie, cere un grad oarecare de risc, care în orice caz este mai puţin periculos decît oscilaţiile şi îndoielile. Bineînţeles, promovarea unui cadru nu va fi un „experiment". De altfel, asigurarea de la început a unei îndrumări bune, a unui ajutor şi control

sistematic în timp, a unui colectiv de muncă corespunzător vor putea micşora riscul.

Foarte important în aprecierea cadrelor de medici organizatori ai ocrotirii sănătăţii este a se evita confundarea a două noţiuni importante: în primul rînd, cunoaşterea adevărată (teoretică şi practică) a problemei ocrotirii sănătăţii de către cadrul respectiv, în al doilea rînd, posedarea cunoştinţelor tehnice organizatorice.

Există cadre de medici organizatori ai ocrotirii sănătăţii, care pot da impresia, prin cunoştinţele tehnico-organizatorice pe care le au şi prin unele rezolvări juste ale problemelor curente, că posedă şi o cunoaştere adevărată a problemelor ocrotirii sănătăţii. De aceea numai o muncă sistematică de urmărire a cadrului timp îndelungat va permite o apreciere justă.

Trăsăturile esenţiale pe care trebuie să le aibă un medic organizator al ocrotirii sănătăţii sînt: iniţiativă creatoare şi aspiraţie către perfecţionare şi dezvoltare permanentă.

O problemă deosebit de importantă o constituie selecţionarea şi pregătirea cadrelor de medici organizatori ai ocrotirii sănătăţii pentru învăţămînt şi cercetare ştiinţifică la catedrele de organizare a ocrotirii sănătăţii de la I.M.F. şi I.P.S.M. şi la Centrul de organizare a ocrotirii sănătăţii şi istorie a medicinei. Este evident că linia cea mai justă în selecţionarea acestor cadre o constituie alegerea acelor cadre care au parcurs — cu succes — etapele cele mai importante în pregătirea medicului organizator al ocrotirii sănătăţii. In acest sens, este foarte important ca un număr cît mai mare de medici organizatori ai ocrotirii sănătăţii din teren să fie atraşi în diferite cercetări ştiinţifice în acest domeniu, tocmai pentru a putea crea din timp o rezervă de cadre pentru munca didactică şi ştiinţifică.

Altă cale de recrutare a acestor cadre este şi aspirantura. Mai mult decît în oricare altă specialitate, în organizarea ocrotirii sănătăţii trebuie aduse la aspirantură cadre cu practică de cel puţin 3 ani în acest domeniu.

Metoda utilizată de catedra de organizare a ocrotirii sănătăţii din I.M.F. Bucureşti, prin care o serie de cadre de medici organizatori ai ocrotirii sănătăţii din teren au cîte o jumătate de normă de asistent (pentru executarea lucrărilor practice), reprezintă o formă bună de selecţionare a cadrelor. Condiţia importantă în acest caz este ca metoda să aibă o continuitate şi finalitate justă, adică aceste cadre să fie aduse în timp cu norma de bază la catedră.

Sper că discuţiile care vor avea loc pe baza articolului de faţă vor reuşi să cristalizeze un sistem ştiinţific — astăzi absolut necesar — de selecţionare, pregătire şi promovare a cadrelor de medici organizatori ai ocrotirii sănătăţii.

★

ВРАЧ — ОРГАНИЗАТОР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В статье освещаются два вопроса: вопрос о профиле врача-организатора здравоохранения и вопрос о системе подбора, подготовки и выдвижения кадров врачей-организаторов здравоохранения.

В связи с профилем врача-организатора здравоохранения, в статье указывается на то, что врач этой категории является специалистом, как и любой врач по другой медицинской специальности. Главными задачами лежащими на враче-организаторе здравоохранения (для которых требуется специальная подготовка и способности к этой ответственной работе) являются следующие:

1. Научное изучение состояния здоровья населения на соответствующей территории с целью установления соотношений, существующих между условиями среды, и болезнью и состоянием здоровья.

2, Разработка и применение комплексного плана мероприятий государственного характера (медицинских, политических, экономических, воспитательных и т. д.) — в целях оздоровления населения.

Автор предлагает ряд мер в целях поднятия квалификации врачей, нынешних организаторов здравоохранения и, в связи с этим, предлагает систему организации подготовки и выдвижения этих кадров врачей, начиная с последнего года их пребывания на факультетах. Главными 4 звеньями в деле подготовки врача-организатора здравоохранения являются :

— врачебный участок (минимум 3 года)
— больница или санэпидстанция (приблизительно 2 года)
— Районный Здравотдел (3 года)
— Здравотдел области или же аппарат Министерства Здравоохранения.

В статье предложены также методы для подготовки кадров врачей-организаторов здравоохранения по различным специальностям и некоторые формы для подбора и подготовки педагогических и научных кадров в этой области.

★

LE MÉDECIN ORGANISATEUR DE LA PROTECTION DE LA SANTÉ

Dans cet article sont exposés deux problèmes : le profil du médicin organisateur de la protection de la santé et le système de sélection, d'instruction et de promotion des cadres de médecins organisateurs de la protection de la santé.

En ce qui concerne le profil du médecin organisateur de la protection de la santé, on montre que ce dernier est un spécialiste, comme tout autre praticien. Les principales missions du médecin organisateur de la protection de la santé (mission exigeant une préparation spéciale et des aptitudes pour ce travail de grande responsabilité) sont les suivantes :

1) Étude scientifique de l'état de santé de la population, pour établir des corrélations qui existent entre les conditions de milieu, la maladie ou la santé etc.

2) Elaboration et exécution d'un plan complexe de mesures à caractère d'état (médicales, politiques, économiques, éducatives etc.) ayant comme but l'amélioration de la santé de la population.

L'auteur préconise un série de mesures pour l'instruction des médecins actuels, organisateurs de l'état de santé de la population et propose un système organisé de préparation et de promotion de ces cadres, en commençant dés la dernière année d'études, dans la faculté. Les quatre étapes de préparation du médecin organisateur de la protection de la santé sont les suivantes :

— la circonscription médicale (minimum 3 ans)
— l'hôpital ou le „Sanepide" (environ 2 ans)
— la séction sanitaire du rayon (3 ans)
— la section sanitaire de la région ou appareil du Ministère de la Santé.

On propose conjointement quelques directives de préparation des cadres de médecins, organisateurs de la protection de la santé, dans différentes spécialités et certaines formes de séléction et préparation des cadres didactiques et scientifiques dans ce domaine.

ORGANIZAREA ASISTENȚEI MEDICO-SANITARE DIN INTREPRINDERILE FORESTIERE [1]

Prof. T. ILEA, D. PEREȚIANU și M. VOICULESCU

Caracterul de stat al ocrotirii sănătății constituie, în patria noastră, baza de dezvoltare a instituțiilor menite a apăra sănătatea muncitorilor din diferitele ramuri ale economiei naționale, printre care industria lemnului ocupă un loc important.

In anii regimului de democrație populară, ca urmare a grijii permanente a partidului și guvernului, condițiile de muncă și trai ale muncitorilor din industria forestieră devin din ce în ce mai bune.

Succese importante s-au obținut și în deservirea medico-sanitară: s-a dezvoltat rețeaua de puncte de sănătate medicale și deservită de cadre medii, s-au organizat și dotat posturi fixe și mobile de prim-ajutor, s-au asigurat în multe întreprinderi mijloace proprii de transport, s-au creat instituții de specialitate: policlinici, servicii medico-sanitare etc.

Cu toate aceste realizări, se constată o rămînere în urmă în organizarea deservirii medico-sanitare a muncitorilor din sectorul forestier, mai ales la gurile de exploatare.

Pentru a cunoaște mai bine lipsurile existente și a găsi soluții de remediere, Centrul de organizare a ocrotirii sănătății și istorie a medicinei a efectuat o anchetă la 54 de întreprinderi forestiere din regiunile Suceava, Hunedoara, Bacău, Pitești și Ploești, adîncind cercetarea la centrele forestiere de la Nehoi (regiunea Ploești), Brezoi (regiunea Pitești) și Dornișoara (regiunea Suceava).

Concluziile noastre asupra organizării asistenței medico-sanitare din industria forestieră și soluțiile de remediere se sprijină pe literatura de specialitate și pe rezultatele cercetărilor noastre, care au servit și la remedierea, între timp, a multor lipsuri semnalate în prezentul referat.

I. *Organizarea administrativă și procesul tehnologic în întreprinderile forestiere*

In industria forestieră există două tipuri de întreprinderi: de industrializare și de exploatare.

Deși împărțite din punct de vedere administrativ, întreprinderile forestiere de exploatare și industrializare sînt legate între ele prin însăși desfășurarea procesului tehnologic.

In exploatări se execută tăierea lemnului și transportarea lui spre fabricile de cherestea. Acestea utilizează lemnul pe care îl transformă în cherestea și uneori în produse finite, cum este cazul la Reghin.

Dintre cele 54 de întreprinderi studiate de noi, 20 reprezintă întreprinderi de exploatare și transport, 32 de industrializare (fabrici de cherestea) și 2 forestiere auxiliare.

Intreprinderile industriale sînt situate de obicei în localitățile sau centrele unde coboară materialul lemnos din pădure. Ele au caracteristicile generale ale

1 Referat prezentat la „Consfătuirea medicală" de la Borsec (8—9—10 octombrie 1954), organizată de Societatea științelor medicale din R.P.R., Consiliul de conducere și filiala Tg. Mureș.

tuturor întreprinderilor industriale organizate pe secţii şi ateliere, ceea ce determină organizarea sanitară identică cu a acestora.

Spre deosebire de acestea, întreprinderile de exploatare prezintă o serie de caracteristici specifice, care influenţează, fără îndoială, organizarea şi activitatea unităţilor medico-sanitare ce le deservesc şi de care trebuie să se ţină seama pentru a realiza o justă organizare a deservirii medico-sanitare a muncitorilor din aceste întreprinderi.

a) Exploatările forestiere cuprind multe caracteristici asemănătoare cu ale şantierelor de construcţii.

Au o durată limitată în timp, încep cu un număr redus de muncitori şi se dezvoltă treptat, pentru ca după o perioadă maximă să scadă lent sau brusc. Locurile de muncă sînt mobile, după o perioadă de 1—3 ani gurile de exploatare deschid noi parchete, unele se desfiinţează, în timp ce apar noi guri de exploatare.

Totuşi exploatările au o stabilitate mai mare decît a şantierelor de construcţie, întrucît bazinul dat în exploatare poate fi exploatat zeci de ani, pe cînd durata totală a lucrărilor pe un şantier de construcţii este mult mai mică.

b) Teritoriul de exploatare se întinde pe zeci de kilometri, cu distanţe mari de la centrul administrativ al întreprinderii la sectoare şi locurile de muncă (guri de exploatare şi parchete).

Din cercetarea noastră a reieşit că, din cele 20 de întreprinderi de exploatare, la un număr de 10 (50%) media razelor maxime ale teritoriului de exploatare (calculată prin adunarea razelor maxime pe cîte o anumită direcţie de exploatare şi împărţirea rezultatului la numărul acestor direcţii) variază de la 30—64 km. Restul de 50% din întreprinderi au media razelor maxime mai mică.

Raza maximă pentru o întreprindere de exploatare (reprezentînd distanţa de la sediul administrativ al întreprinderii pînă la gura de exploatare cea mai îndepărtată din cadrul acelei întreprinderi) variază între 25 (I.F.E.T. Comandău) şi 72 km (I.F.E.T. Petroşani).

Suprafaţa pe care se întind întreprinderile de exploatare variază de asemenea. Din cele 20 de întreprinderi de exploatare cercetate, un număr de 12 (60%) au un teritoriu ce nu depăşeşte limitele raionului respectiv. Celelalte 8 întreprinderi (40%) au un teritoriu de exploatare ce depăşeşte limitele raionului în care se află administraţia centrală a întreprinderilor, extinzîndu-se unele pe teritoriul a trei raioane (I.F.E.T. Simeria), iar un număr de 4 întreprinderi depăşind chiar limitele administrative ale regiunii.

Raportînd teritoriul întreprinderilor de exploatare şi transport la circumscripţiile sanitare de pe acest teritoriu, ancheta noastră a scos în evidenţă că 11 întreprinderi (55%) se întindeau pe un număr de peste 4 circumscripţii rurale, 5 întreprinderi (25%) pe cîte 3 circumscripţii rurale, 2 întreprinderi (10%) pe cîte 2 circumscripţii rurale, şi 2 întreprinderi (10%) pe cîte o circumscripţie rurală.

c) O altă caracteristică a exploatărilor forestiere este distanţa mare de la centrele populate pînă la locul de muncă al muncitorilor din pădure, de cele mai multe ori cu terenuri accidentate, căi grele de acces şi mijloace de locomoţie deficitare.

d) Locurile de muncă ale muncitorilor de exploatare sînt numeroase şi distanţate între ele, convergînd pe anumite văi.

e) In exploatările forestiere lucrează un mare număr de muncitori, răspîndiţi în grupe mici pe teritoriul exploatării. Nici un loc de muncă (parchet) nu are nici în perioadele de vîrf ale producţiei mai mult de 100 muncitori.

Numărul salariaţilor la întreprinderile de exploatare anchetate a variat între 720 şi 6 200, cuprinzînd muncitori sezonieri şi permanenţi.

Un număr de 4 întreprinderi au sub 1 000 salariaţi, 8 întreprinderi între 1 000 şi 2 000 salariaţi, iar 6 întreprinderi peste 2 000 salariaţi. La 2 întreprinderi nu am putut obţine numărul salariaţilor.

In ceea ce priveşte fabricile de cherestea, întreprinderile anchetate au un număr de salariaţi ce variază între 150 şi 900.

f) O particularitate importantă este fluctuaţia permanentă a braţelor de muncă, 2/3 din numărul total al muncitorilor reprezentînd muncitori nepermanenţi sau sezonieri.

Din datele obţinute, în cursul anului 1952, 33,5% din totalul muncitorilor forestieri din R.P.R. erau muncitori permanenţi, iar restul de 66,5% muncitori sezonieri.

Marea fluctuaţie a salariaţilor industriei forestiere nu se explică atît prin perioade de muncă intensivă şi perioade de stagnare, aşa cum se întîmplă în sectorul socialist agricol, cît mai ales prin compoziţia socială a majorităţii salariaţilor, ce posedă teren arabil, pe care pleacă să-l lucreze în timpul muncilor agricole intensive.

Fluctuaţia muncitorilor este mult mai mare în exploatări decît în fabrici de cherestea.

Muncitorii întreprinderilor forestiere se recrutează din rîndul populaţiei localnice şi din diferite regiuni ale ţării. Cointeresarea în muncile forestiere a populaţiei învecinate cu exploatarea este mare, astfel încît 80—90% din populaţia comunelor învecinate exploatării lucrează cel puţin o parte din an în exploatare.

II. *Condiţiile de muncă şi de trai*

Particularităţile exploatărilor forestiere determină anumite condiţii de trai şi de muncă.

Condiţiile de trai se aseamănă uneori cu condiţiile vieţii de campanie. Pentru cazarea muncitorilor aproape de locul de muncă se construiesc adesea locuinţe provizorii, departe de centrele populate, iar în apropierea fabricilor se construiesc locuinţe permanente.

La noi există însemnate realizări în ceea ce priveşte condiţiile de locuit. In special „Sovromlemn" a făcut eforturi serioase pentru clădiri de locuinţe şi dormitoare igienice în comunele din apropierea fabricilor de cherestea. Astăzi există adevărate orăşele cu case igienice pentru muncitorii fabricilor de cherestea din Vatra Dornei, ai combinatului Vaduri raionul Piatra Neamţ, ai combinatului Falcău raionul Rădăuţi.

Şi pentru muncitorii din exploatări au început să se dezvolte adevărate orăşele muncitoreşti. Astfel, satul Dornişoara s-a transformat într-o puternică colonie muncitorească, de unde nu lipsesc magazinele alimentare, cinematograful, staţia de radioficare, cabinetul medical ş.a. De asemenea, comuna Broşteni cunoaşte o mare dezvoltare prin construcţii de noi locuinţe, a unei centrale electrice, a unei băi, etc.

In pădure, numeroase colibe complet necorespunzătoare au fost înlocuite cu cabane confortabile sau cu barăci tip.

Totuşi lipsurile sînt încă serioase. Numeroase întreprinderi forestiere nu au

dus o luptă susținută pentru îmbunătățirea condițiilor de cazare. Astfel, se mai întîlnesc și astăzi vechile colibe de lobde și colibele maramureșene.

Condițiile de igienă individuală lasă încă deseori de dorit.

Particularitățile exploatărilor forestiere determină condiții grele în ce privește alimentația muncitorilor. Parte din muncitori pot beneficia de alimentația de la cantină, pentru alții se organizează bucătării aparte din alimentele proprii aduse de acasă sau procurate prin întreprindere.

In ceea ce privește alimentația, există o serie de realizări importante. Printre ele menționăm obligativitatea pe care o are întreprinderea, de a procura un minimum de alimente ce se desfac la magaziile gurilor de exploatare direct muncitorilor forestieri. Prin aceasta muncitorii au scăpat de speculanții de odinioară și au mesele asigurate.

Totuși, mai există lipsuri și în acest domeniu. Ele constau în primul rînd în uniformitatea alimentației ce se distribuie muncitorilor (slănină, brînză sărată, pește sărat, marmeladă, mai rar mălai, pîine și fasole. Nici păstrarea sau transportul alimentelor nu se fac în condiții totdeauna corespunzătoare.

In ce privește *condițiile de muncă*, în exploatări munca se desfășoară în cea mai mare parte a cazurilor prin mijloace tehnice rudimentare; totuși, tehnica sovietică înaintată a început să pătrundă și în exploatări. Se duce o muncă susținută pentru mecanizarea unor faze din procesul de producție, cum ar fi în primul rînd transportul.

In domeniul protecției muncii observăm o îmbunătățire simțitoare: muncitorii primesc haine de protecție; înainte de intrarea unui muncitor nou angajat la lucru i se face instructajul de tehnică a securității muncii, iar normele de tehnică a securității muncii prevăd o serie de împrejurări în care muncitorii nu trebuie să intre la lucru din cauza condițiilor meteorologice nefavorabile.

Cu toate acestea, numărul muncitorilor care primesc echipament de protecție este încă redus, din cauză că majoritatea fac parte din categoria muncitorilor sezonieri. Pe de altă parte, organele administrative și sindicale ale întreprinderii forestiere permit adesea ieșirea la lucru a muncitorilor în condiții meteorologice nefavorabile (ceață, vînt puternic, zăpezi mari) sau noaptea. La toate acestea trebuie adăugate condițiile de lucru sub permanenta influență a factorilor atmosferici, iar transportul se face adesea pe vagoane descoperite.

III. *Morbiditatea din întreprinderile forestiere*

Condițiile de muncă și de trai din întreprinderile forestiere și mai ales cele specifice exploatărilor forestiere determină o anumită structură a morbidității.

După datele pe țară, în industria lemnului (exploatare și industrializare), în anul 1953, analiza morbidității cu incapacitate temporară de lucru arată că indicele de frecvență este de 46,5, indicele de gravitate 549,8 și indicele duratei medii 11,8.

Din datele de mai sus se observă că, în general, în industria lemnului indicii de frecvență și gravitate sînt relativ scăzuți față de alte ramuri de producție, cum este de exemplu industria metalurgică, unde am găsit indici de frecvență și gravitate de două ori mai mari (frecvență 114,9, gravitate 1 277). In schimb, indicele duratei medii de incapacitate este mai crescut. Aceasta se explică în

parte prin faptul că, la angajarea în exploatările forestiere, se face o triere naturală a cazurilor, angajîndu-se de obicei oameni sănătoşi.

In studiul morbidităţii trebuie să ţinem seama de principiul că datele morbidităţii sînt cu atît mai reale, cu cît asistenţa medicală este mai accesibilă. Plecînd de la acest principiu, cu siguranţă că, pe lîngă elementul menţionat mai sus, accesibilitatea încă redusă a asistenţei medicale în sectorul forestier determină în mare măsură indici scăzuţi de frecvenţă şi gravitate. In sprijinul acestei afirmaţii stă indicele ridicat al duratei medii, care depăşeşte cu mult media din alte ramuri de producţie şi mai ales de pe şantiere, ceea ce arată că mare parte din concediile medicale se acordă în cazurile înaintate de boală.

Din cercetările noastre asupra morbidităţii în întreprinderile forestiere (exploatare şi industrializare) Brezoi pe anul 1952 şi Nehoi pe anii 1952 şi 1953, constatăm următoarele:

Indicii de frecvenţă sînt mai scăzuţi decît media pe ţară (Nehoi: 27,2 în anul 1952 şi 27,8 în anul 1953; Brezoi: 30,6 în anul 1952), indicii de gravitate sînt cu ceva mai crescuţi decît media pe ţară (Nehoi: 609,4 în anul 1952 şi 697,7 în anul 1953; Brezoi: 568,4 în anul 1952, iar indicii de durată sînt mult mai crescuţi, uneori chiar dubli (Nehoi: 22,4 în anul 1952 şi 25,1 în anul 1953; Brezoi: 18,6 în anul 1952).

Metoda noastră de cercetare, care diferă de aceea după care au fost prelucrate datele pe ţară (am utilizat metoda cazului nou de boală şi nu a certificatului iniţial), explică în parte indicele de frecvenţă mai scăzut în cercetările noastre, precum şi indicele de durată mai crescut. Faptul însă că şi indicele de gravitate — care nu este influenţat de metoda de cercetare — este mai crescut în cercetările noastre, arată că durata medie este în realitate mai crescută în întreprinderile cercetate de noi şi în special la Nehoi. Cercetările noastre au dovedit că, în realitate, la Nehoi accesibilitatea asistenţei medicale la gurile de exploatare este cu totul necorespunzătoare, medicii aflîndu-se la 30—50 km de locul de muncă. De asemenea, cercetările noastre au arătat că indicele de deservire este cu atît mai scăzut, cu cît locul de muncă este mai îndepărtat de unitatea medico-sanitară.

Analizînd greutatea specifică, constatăm că accidentele în legătură cu producţia ocupă primul loc la Nehoi, cu 27,8% în anul 1952 şi 25,7% în anul 1953, şi al doilea loc la Brezoi, cu 18,2% în anul 1952 după grupa „alte boli". In cele două întreprinderi, primele 4 locuri le ocupă: accidentele de muncă, grupa „alte boli", reumatismul poliarticular şi gripa, din care accidentele de muncă constituie peste un sfert din totalul cazurilor la Nehoi.

Cei mai ridicaţi indici de frecvenţă, atît pe ţară, cît şi în întreprinderi cercetate de noi, îl dau accidentele de muncă (pe ţară 5,2; Nehoi, anul 1952 — 7,6, anul 1953 — 7,1; Brezoi, anul 1952 — 5,6), gripa, reumatismul, afecţiunile inflamatorii ale pielii, tuberculoza.

Analizînd morbiditatea pe specifice de muncă, constatăm că, pe totalul cazurilor de boală, indicii de frecvenţă şi gravitate cei mai crescuţi sînt la fabricile de cherestea, urmînd, în ordine descrescîndă, sectorul administrativ şi transporturile CFF. Cei mai scăzuţi indici îi aflăm în sectorul de exploatare.

In exploatare indicii de frecvenţă sînt la Brezoi 9,3, la Nehoi 12,4 în 1952 şi 14,4 în 1953, iar la Dornişoara 15,8 în 1952, deci extrem de scăzuţi faţă de indicii de frecvenţă de la fabrica de cherestea, care sînt la Brezoi 76,4 şi la Nehoi

58,2 în 1952 şi 53,8 în 1953. Aceste cifre demonstrează, în parte, accesibilitatea mult mai bună la asistenţă medicală a muncitorilor din fabrica de cherestea.

In schimb, indicii de durată medie sînt mai crescuţi la exploatare (Nehoi: 28,6 în anul 1952 şi 32,2 în anul 1953; Brezoi: 25,4 în anul 1952; Dornişoara: 17,0 în anul 1952), pe cînd la fabrica de cherestea sînt mult mai scăzuţi (Nehoi: 18,9 în 1952 şi 21,1 în 1953; Brezoi: 14,8 în 1952). Valoarea crescută a acestui indice — pentru muncitorii din exploatare — se datoreşte în mare parte formelor înaintate de boală din cauza prezentării cu întîrziere la medic a acestor muncitori.

Analizînd greutatea specifică a accidentelor de muncă în exploatări, vedem că ele reprezintă 43,1% la Nehoi în 1952, adică aproape jumătate din totalul cazurilor de concediu, şi 33,2 în 1953, adică o treime.

La exploatarea Brezoi accidentele de muncă reprezintă 33,1% iar la Dornişoara 30,3%.

Durata medie pentru accidentele de muncă este cea mai crescută în exploatări (Nehoi: 28,6 în 1952 şi 25,9 în 1953; Brezoi: 25,2 în 1952 şi Dornişoara: 26,0 în 1952) şi în sectorul transporturilor CFF (Nehoi: 26,0 în 1952 şi 20,0 în 1953; Brezoi: 24,0).

La fabricile de cherestea, durata medie a incapacităţii temporare de muncă prin accidente este mult mai scăzută (Nehoi: 15,2 în 1952 şi 18,9 în 1953; Brezoi: 11,4 în 1952).

Indicii duratei medii confirmă că accidentele din exploatări sînt mult mai grave decît cele de la fabricile de cherestea, una din cauzele acestei situaţii fiind, fără îndoială, insuficienta pregătire a acordării primului ajutor şi slaba accesibilitate la asistenţa medicală.

IV. *Organizarea asistenţei medico-sanitare în industria forestieră*

Organele de ocrotire a sănătăţii trebuie să ţină seamă de specificul şi problemele industriei forestiere, în organizarea deservirii medico-sanitare a muncitorilor.

Din cele de mai sus reiese că industria forestieră pune în faţa organelor de ocrotire a sănătăţii şi a organelor administrative ale întreprinderilor, încă de la începutul lucrărilor de exploatare, multiple probleme de ordin igienico-sanitar şi epidemiologic şi de asistenţă medicală curativo-profilactică.

Acestea au sarcina de a urmări realizarea celor mai bune condiţii igienico-sanitare, mai ales pentru cei ce lucrează în exploatare, cu privire la cazare, igienă individuală, alimentaţie, precum şi luarea tuturor măsurilor de prevenire a apariţiei bolilor în general şi a bolilor transmisibile şi accidentelor de muncă în special.

Asigurarea unei asistenţe medicale curativo-profilactice accesibile şi de calitate şi organizarea primului ajutor în caz de boală şi accidente pentru muncitorii grupaţi în colectivităţi mici şi dispersate pe suprafeţe întinse, precum şi pentru populaţia învecinată, pun în faţa organelor de ocrotire a sănătăţii sarcini speciale.

Din cercetările noastre reiese că organizarea asistenţei medico-sanitare a muncitorilor din industria forestieră îmbracă forme care, pentru fabricile de cherestea, sînt identice cu cele ale întreprinderilor industriale, iar pentru exploatări se aseamănă mai mult cu cele de pe şantierele de construcţii şi din unităţile socialiste agricole, în special din G.A.S.-urile dispersate.

Deservirea medico-sanitară a muncitorilor din sectorul forestier trebuie realizată de un complex de instituții, începînd cu unitatea medico-sanitară cea mai apropiată de locul de muncă: circumscripția sanitară rurală sau punctul de sănătate medical, organizate teritorial și sprijinite pe unitățile de specialitate teritoriale sau proprii.

Veriga principală în acest complex de instituții o constituie circumscripția sanitară rurală și punctul de sănătate medical. Acestea sînt cele mai apropiate unități medicale de locul de muncă, avînd sarcina să acorde direct principalele forme de asistență medico-sanitară pentru muncitorii din industria forestieră, în ce privește atît problemele curativo-profilactice, cît și cele sanitaro-antiepidemice.

In concepția socialistă a ocrotirii sănătății, care o face superioară față de organizarea din țările capitaliste, aceste unități nu sînt izolate, ci sînt ajutate și îndrumate în muncă de unitățile de specialitate, ca foruri metodologico-organizatorice, sub îndrumarea generală a secției sanitare de raion și regiune.

La data anchetei, organizarea în întreprinderile anchetate era următoarea: din cele 54 de întreprinderi, 46 (85,2%) erau deservite de instituții medico-sanitare proprii, restul neavînd nici o instituție proprie, fiind deservite de circumscripțiile sanitare rurale teritoriale.

In celelalte 46 de întreprinderi cu instituții medico-sanitare de întreprindere, au fost găsite 29 de instituții medico-sanitare conduse de personal medical și 39 de puncte de sănătate cu cadre medii. Acestea deservesc una sau mai multe întreprinderi. Dintre unitățile conduse de medici, 50% deserveau în comun atît fabricile, cît și exploatările învecinate, iar restul, în proporții egale, deserveau, fie fabricile, fie exploatările.

Din cele 20 de întreprinderi de exploatare și transport anchetate, 4 întreprinderi (20%) nu aveau nici o instituție proprie de asistență medicală sau cu cadre medii, deși printre acestea să numără întreprinderi importante, cum ar fi I.F.E.T.-Petroșani, I.F.E.T.-Lupeni, I.F.E.T.-Rădăuți.

Restul de 16 întreprinderi de exploatare (80%) posedă instituții medico-sanitare proprii, dar 4 din ele au instituții numai pentru o mică parte din sectoarele întreprinderii. Deci, numai pentru 12 întreprinderi de exploatare și transport (60%) se poate vorbi de o asistență medico-sanitară mai dezvoltată.

In comparație cu situația din exploatări, asistența medico-sanitară în fabricile de cherestea este mult mai bine asigurată cu instituții proprii, căci 88% din întreprinderi posedă astfel de instituții medico-sanitare, deși, după cum vom arăta, existența lor nu era justificată în toate cazurile.

Cele 46 de întreprinderi forestiere cu unități medico-sanitare proprii, posedă următoarele trei tipuri de instituții:

a) puncte de sănătate cu medici	27 (93,2%)
b) policlinici neunificate	1 (3,4%)
c) serviciu medico-sanitar (S.M.S.)	1 (3,4%)

1. Asistența medico-sanitară accesibilă și de calitate

Unul din principiile de bază ale ocrotirii sănătății constă în asistența medicală accesibilă, gratuită și de bună calitate.

Accesibilitatea asistenței medico-sanitare trebuie să constituie punctul de plecare și cea mai importantă etapă pentru îmbunătățirea deservirii medico-sanitare

a muncitorilor forestieri. In acest scop, asistența medico-sanitară trebuie acordată cît mai aproape de locul de muncă.

Marea întindere teritorială pe zeci de km a exploatărilor forestiere, care depășește teritoriile circumscripțiilor rurale și deseori limitele unor raioane, creează piedici serioase în calea asigurării asistenței medico-sanitare numai prin unități proprii, fără a angrena în acest sistem organizatoric și unitățile teritoriale, adică circumscripțiile rurale. De aceea, pentru a se asigura o cît mai bună accesibilitate a asistenței medicale, se impune o aplicare cît mai judicioasă a teritorializării circumscripțiilor rurale cu exploatări forestiere și a unităților medico-sanitare proprii.

Organizarea asistenței medico-sanitare a muncitorilor din exploatările forestiere nu poate face abstracție de nevoile deservirii populației de pe teritoriu, ținînd seama de vecinătatea exploatărilor forestiere, de comunele pe teritoriul cărora se află, de căile comune de acces, precum și de faptul că mare parte dintre muncitori se recrutează din aceste localități.

Deși în organizarea deservirii medico-sanitare din întreprinderile forestiere, s-a făcut o separare artificială a unităților proprii de cele teritoriale, totuși practica arată că, în anumite împrejurări, și unele și altele sînt obligate să asigure o deservire mixtă. De aceea unitățile medico-sanitare proprii unei întreprinderi forestiere pot deservi, fie în exclusivitate fabrici de cherestea, fie în exclusivitate exploatări, fie exploatările și fabricile de cherestea apropiate, fie exploatări și populația teritorială.

Din analiza datelor de mai sus privitoare la organizarea unităților medico-sanitare la data anchetei, am constatat că acestea nu respectă principiile enunțate, ceea ce a dus la o asistență medicală puțin accesibilă în multe unități.

Lipsurile cele mai importante ale acestei forme organizatorice sînt următoarele:

a) *Teritoriul de deservire al punctului de sănătate medical se întinde pe o rază prea mare* de activitate, depășind adesea teritoriul unei circumscripții și încălecînd chiar două raioane, ceea ce duce la imposibilitatea deservirii medico-sanitare a tuturor muncitorilor; ca urmare a acestei situații, muncitorii din exploatările îndepărtate sînt deserviți în realitate de circumscripțiile rurale mai apropiate.

Citățm în special punctele de sănătate situate în centrele raionale ce deservesc în comun fabrici de cherestea și exploatări întinse pe tot teritoriul raionului, cum ar fi punctele de sănătate de la Sebeș, Brezoi și Gura Humorului, cu raze medii de activitate variind între 27 și 65 km și ajungînd la Sebeș la o rază maximă de 70 km.

In alte împrejurări, *unitățile medico-sanitare de întreprindere, care sînt situate în vecinătatea unor unități medico-sanitare teritoriale, acordă într-un însemnat procent asistență populației de pe teritoriul învecinat.* Astfel, la punctul de sănătate medical din Moldovița, din totalul consultațiilor pe anul 1952, 18,8% au fost acordate populației nesalariate, iar punctul de sănătate din Brezoi a acordat populației nesalariate 26,4% din consultațiile pe primul semestru 1953.

b) O altă deficiență constatată la majoritatea punctelor de sănătate este *lipsa de colaborare cu unitățile teritoriale* (circumscripții rurale, spitale rurale), pe teritoriul cărora își exercită activitatea.

Astfel, la Broșteni, în aceeași comună există un punct de sănătate medical al Sovromlemn-ului exploatare (încadrat cu 2 medici), o circumscripție rurală

şi un spital mixt rural. Fiecare din aceste instituţii lucra pe cont propriu. Concentrarea acestor unităţi sub o singură conducere ar da rezultate mai bune, căci ar permite asigurarea continuităţii în muncă, profilarea medicilor pe grupe de specialităţi şi o mai bună dotare a unităţilor, contribuind astfel, atît la îmbunătăţirea asistenţei medicale a muncitorilor şi populaţiei, cît şi la creşterea calificării profesionale a medicilor.

O situaţie asemănătoare se găseşte la Moldaviţa — raionul Cîmpulung Moldovenesc — unde există punct de sănătate de întreprindere cu staţionar, circumscripţie rurală cu casă de naştere şi staţionar, dispensar de pediatrie cu staţionar (staţionarele avînd în total 40 de paturi).

c) *Incadrarea unităţilor medico-sanitare proprii de întreprindere nu este făcută peste tot corespunzător cu necesităţile.*

La normarea cadrelor medicale şi medii sanitare ce deservesc muncitori forestieri trebuie să se aibă în vedere nu numai numărul muncitorilor, ci şi întinderea exploatărilor.

Astfel, în timp ce unele puncte de sănătate deservesc peste 2 000 de salariaţi din fabrici şi exploatări, sînt încadrate necorespunzător şi au o dotare materială insuficientă (cum este punctul de sănătate Falcău — raionul Rădăuţi — care este încadrat numai cu două norme de medici, deşi deserveşte 2 400 de salariaţi din fabrică şi exploatări cu locuri de muncă ce converg spre această comună, raza medie de activitate fiind 22 km, raza maximă de 40 km), există puncte de sănătate conduse de medici, ce deservesc fabrici de cherestea cu un număr mic de salariaţi (de exemplu punctele de sănătate de la fabricile Brodina şi Suceviţa ambele cu cîte 350 de salariaţi fiecare).

d) în majoritatea cazurilor, *punctele de sănătate conduse de medici, precum şi circumscripţiile ce deservesc şi muncitori forestieri nu beneficiază de un sprijin sistematic din partea instituţiilor de specialitate raionale sau teritoriale.* Astfel, deşi traumatismele constituie o problemă principală a sectorului forestier, medicul ortoped de la spitalul din Cîmpulung Moldovenesc (în al cărui serviciu se internează cca 25% muncitori forestieri), deşi are o bună pregătire profesională, nu se preocupă în suficientă măsură de organizarea efectivă a asistenţei de urgenţă în exploatările forestiere din raion.

2. Asistenţa premedicală. Primul ajutor în caz de boală şi accidente

Oricît de bine ar fi organizate teritorial şi funcţional, punctele de sănătate medicale şi circumscripţiile rurale care deservesc muncitorii din exploatările forestiere nu pot face faţă sarcinilor, fără a avea în teritoriul de deservire o reţea de puncte de sănătate cu cadre medii, situate cît mai aproape de locul de muncă.

Acestea au un rol deosebit de important în sectorul forestier, ţinînd seama de întinderea teritoriului. Sarcina lor este de a acorda primul ajutor în caz de boală şi accidente, de a efectua anumite tratamente (de exemplu cele antisifilitice) şi de a urmări îmbunătăţirea condiţiilor igienico-sanitare privitoare la alimentaţie, cazarea muncitorilor, igiena individuală, etc.

Din cauza numărului insuficient de puncte de sănătate cu cadre medii, a lipsei de cadre la unele din ele, a teritoriului mare de deservire, a sprijinului adesea insuficient din partea medicilor, a unei funcţionalităţi deficiente, precum şi a lipsei de sprijin din partea organelor administrative ale întreprinderii, problemele de mai sus nu sînt rezolvate în condiţii corespunzătoare.

Din ancheta noastră a reieşit că numărul de puncte de sănătate cu cadre medii este insuficient, revenind abia 1,3 puncte de sănătate cu cadre medii la un punct de sănătate medical. Remarcăm că pe teritoriul exploatărilor mari, cum ar fi Petroşani, Frasin şi altele, nu există nici un punct de sănătate cu cadre medii.

Dintre punctele de sănătate cu cadre medii 72% deservesc exploatările, marea lor majoritate fiind amplasate chiar la gurile de exploatare sau în imediata lor apropiere, orientare pe care o considerăm justă.

Raza medie de deservire a unui punct de sănătate variază între 8 şi 30 km, în majoritatea cazurilor fiind însă între 10 şi 15 km. Raza maximă variază între 15 şi 50 km.

Numărul salariaţilor deserviţi de un punct de sănătate cu cadre medii variază între 278 şi 900. Ţinînd seama de marea suprafaţă de deservire, în realitate această cifră este mult mai mică, deoarece asistenţa premedicală cuprinde doar muncitorii de la gurile de exploatare mai apropiate.

Punctele de sănătate cu cadre medii din exploatări sînt subordonate, în majoritatea cazurilor, unor puncte de sănătate medicale, situate la mari distanţe faţă de primele, ceea ce constituie o piedică serioasă în îndrumarea şi controlul lor.

Incadrarea punctelor de sănătate în circumscripţiile rurale apropiate ar permite o mai bună îndrumare şi eficienţă a muncii lor.

Ca exemplu, citäm exploatarea Brezoi, unde punctul de sănătate medical din Brezoi „răspunde" de activitatea punctelor de sănătate de pădure răspîndite pe tot teritoriul raionului, cu toate că medicii celor 5 circumscripţii rurale pe teritoriul cărora se află punctele de sănătate cu cadre medii, ar putea să răspundă în condiţii mult mai bune de activitatea acestora.

Alt exemplu îl constituie punctul de sănătate medical Găineşti — raionul Fălticeni, — care îşi are subordonat punctul de sănătate cu cadru mediu din Văleni, circumscripţia Mălini. Pentru a ajunge la Văleni, medicul din Găineşti trebuie să treacă obligatoriu prin comuna Mălini, sediul circumscripţiei.

Punctul de sănătate medical Rîşca, raionul Fălticeni, îşi are subordonat un punct de sănătate cu cadru mediu, situat în alt raion.

In condiţiile actuale, problema accidentelor şi a primului ajutor, care prezintă un volum de muncă important (la Nehoi între 17 şi 25,8% din consultaţiile de la punctele de sănătate cu cadre medii se acordă pentru accidente) nu este rezolvată în condiţii satisfăcătoare, atît din motivele enumerate mai sus, cît şi din cauza întreruperii permanenţei de la sediul punctului de sănătate, determinată de necesitatea de deplasare a personalului la locurile de muncă şi de cazare ale muncitorilor.

Ţinînd seama de specificul exploatărilor forestiere şi de lipsurile menţionate în organizarea şi funcţionarea punctelor de sănătate cu cadre medii, organizarea primului ajutor medical prin organizarea autoajutorului şi a ajutorului reciproc constituie o sarcină deosebit de importantă în industria forestieră. Activul sanitar de masă se recrutează mai ales dintre cadrele permanente ale exploatării.

Cercetările noastre ne-au arătat că, în general, nu există un activ sanitar de masă la nivelul gurilor de exploatare.

Acolo unde acestea au fost organizate, ca la Unitatea nr. 3 de exploatare S.R.L. Broşteni şi la I.F.E.T. Brezoi (sectorul Topolog) ele au dat rezultate bune. Frecvent posturile de prim ajutor sau nu sînt dotate cu truse fixe şi mobile, sau acestea nu cuprind materialele conform baremului.

★

Față de datele de mai sus, pentru a asigura o asistență medico-sanitară accesibilă și de calitate în industria forestieră, recomandăm următoarea formă organizatorică:

a) Pentru fabricile de cherestea, care reprezintă unități închise identice cu întreprinderile industriale, se pot organiza unități medico-sanitare în conformitate cu H.C.M. nr. 1830/1953.

b) Acolo unde exploatările forestiere sînt concentrate pe un teritoriu limitat, au minimum 500 de salariați și sînt izolate și la distanțe mari (peste 5 km) de sediul circumscripției rurale, cu posibilități de funcționare și cazare, recomandăm organizarea unor puncte de sănătate medicale proprii ale exploatărilor forestiere. Aceste puncte de sănătate deservesc exclusiv muncitorii exploatării forestiere, cum este cazul la gura de exploatare Tău (raionul Sebeș).

c) Dacă punctul de sănătate medical funcționează într-o comună izolată de sediul circumscripției sau dacă în imediata sa apropiere există o comună distanțată de sediul circumscripției, populația acesteia va fi deservită cu asistență medico-sanitară de punctul de sănătate medical, care devine astfel *punct de sănătate medical de întreprindere cu deservire mixtă*, organizat teritorial ca și o circumscripție rurală, cum este cazul la Sucevița (raionul Rădăuți).

d) Acolo unde, din cauza dispersiunii mari a locurilor de exploatare acestea se întind pe mai multe circumscripții teritoriale, iar situația topografică nu permite organizarea unui punct de sănătate medical propriu, care să aibă pentru deservire un număr suficient de salariați (peste 500), iar în cazul că i s-ar afecta un număr suficient de salariați, raza de deservire ar fi prea mare și deci nu ar putea face față sarcinilor în mod corespunzător, unitățile de exploatare vor fi deservite de puncte de sănătate cu cadre medii, înglobate în circumscripția teritorială cea mai apropiată, cum este cazul în raionul Loviștea la exploatările Rîul Vadului, Dîngești și Topolog din exploatarea Brezoi.

e) In cazul cînd unitatea de exploatare forestieră impune crearea unui punct de sănătate propriu, chiar la reședința circumscripției medicale rurale, este indicat a se contopi aceste două unități, atît organizatoric, cît și funcțional, creînd o circumscripție teritorială cu doi medici, o unitate mai puternică, mai bine dotată, cu personal mai mult, ceea ce va permite o asistență medico-sanitară de mai bună calitate, atît pentru muncitorii forestieri, cît și pentru populația locală. In această unitate medicii se pot profila pe cele două profiluri de bază — medicină internă cu contagioase și pediatrie și chirurgie cu obstetrică — și își pot teritorializa consultațiile și terenul (de exemplu: punctul de sănătate medical Găinești — I.F.E.T. Fălticeni, cu circa Găinești).

f) Ținînd seama de distanțele mari dintre locul de amplasare al punctelor de sănătate medicale și al circumscripțiilor ce deservesc unitățile forestiere, pe de o parte, și unitățile de specialitate proprii sau raionale, pe de alta, recomandăm ca, pe lîngă punctele de sănătate să se creeze staționare cu cel puțin 10—15 paturi, mai ales acolo unde sînt doi medici.

Acolo unde aceasta nu este posibil se impune crearea unor izolatoare cu 3—5 paturi.

g) In ce privește punctele de sănătate cu cadre medii, ținînd seama de condițiile grele ale terenului muntos, indicăm că acestea pot fi înființate la un număr minim de 200 de salariați. Pentru anumite puncte de exploatare, izolate de altele, se poate face excepție de la acest barem, creîndu-se puncte de sănătate și la un număr de salariați sub acest barem.

Sediul punctului de sănătate trebuie fixat la punctele de aglomerare, unde există magazii de alimente și de îmbrăcăminte, unde se face plata salariilor. Punctul de sănătate poate deservi 2—3 guri de exploatare, cu condiția ca acestea să nu se afle la o distanță ce depășește 5 km față de sediul punctului de sănătate cu cadre medii.

Punctele de sănătate cu cadre medii trebuie subordonate unității medicale ce deservește teritoriul respectiv.

Timpul destinat activității de teren nu trebuie să depășească două zile pe săptămînă, anunțîndu-se locul unde se face deplasarea și lăsînd la sediul punctului activiști G.P.A. pentru asigurarea primului ajutor.

h) In vederea organizării autoajutorului și a ajutorului reciproc la locul de muncă se vor ține instructaje cu muncitorii — de preferință permanenți — și se impune dotarea posturilor fixe și mobile de prim-ajutor de către organele administrative ale întreprinderii.

Din cadrul activului sanitar de masă urmează a se organiza echipe pentru fiecare gură de exploatare, cu responsabilități personale pe parchete.

3. Asistența medicală de specialitate

Asistența medicală de specialitate pentru muncitorii din industria forestieră poate fi asigurată prin unitățile de specialitate teritoriale (spitalul rural cu secții de specialitate, spitalul raional, spitalul regional etc.), fie prin unități de specialitate proprii.

Spitalul raional trebuie să constituie instituția de bază pentru acordarea asistenței medicale de specialitate.

In planificarea dezvoltării și consolidării spitalelor raionale și a transformării lor în centre metodologico-organizatorice, trebuie să se aibă în vedere, în primul rînd, nu numai raioanele cu sector socialist agricol dezvoltat, ci și raioanele cu o puternică industrie forestieră.

In organizarea spitalelor raionale din centrele forestiere, trebuie acordată o atenție specială întăririi secției de chirurgie spre un profil de traumatologie și ortopedie, ținînd seama de frecvența accidentelor de muncă.

Spitalul raional trebuie să dea o atenție deosebită punctelor de asistență medicală din sectorul forestier și circumscripțiilor rurale ce deservesc muncitorii forestieri, ocupîndu-se îndeaproape de organizarea pregătirii cadrelor medico-sanitare în problemele asistenței de urgență, în caz de traumatisme și accidente, și de crearea bazei materiale corespunzătoare.

Spitalul regional, ca centru metodologic, va trebui să urmărească calificarea și specializarea cadrelor spitalului raional din centrele forestiere, în special în problemele de traumatologie și ortopedie.

O formă superioară de asistență medicală de specialitate o constituie crearea unei policlinici sau unui serviciu medico-sanitar (S.M.S.) de întreprindere. Aceste instituții de specialitate sînt rar întîlnite în sectorul forestier. In cercetarea noastră am întîlnit o singură policlinică — la Vatra Dornei — și un singur S.M.S. — la Nehoi.

Pentru crearea acestor instituții de specialitate se impune respectarea anumitor condiții: în caz contrar, se face risipă de personal, fără a obține în același timp rezultate bune.

Policlinicile sau S.M.S.-urile de întreprindere pot fi organizate pentru întreprinderile forestiere mari cu peste 2 000—3 000 de salariați, dacă extinderea

teritorială nu este excesiv de mare, dacă căile de comunicaţie permit conducerii S.M.S. şi medicilor primari să îndrume şi să sprijine operativ munca medicilor şi personalului mediu de pe teren şi dacă locul de amplasare al acestor unităţi este un centru spre care converg în mod natural toate drumurile de la locurile de exploatare.

In crearea policlinicii sau a S.M.S.-ului trebuie să se aibă în vedere să nu se înfiinţeze instituţii paralele, aşa cum s-a făcut la Vatra Dornei.

Aici, deşi există un spital raional cu toate specialităţile de bază, cu policlinică care deserveşte atît populaţia, cît şi muncitorii, totuşi s-a înfiinţat o nouă policlinică, aparţinînd Sovromlemnului şi avînd şapte specialităţi, destinată să servească toţi salariaţii Sovromlemnului din fabrici şi exploatări, împreună cu membrii lor de familie.

Menţionăm că exploatările se întind pe zeci de km (în medie 36 km, maximum 80 km) dincolo de oraşul Vatra Dornei, pe teritoriul a cinci circumscripţii medicale rurale.

S-a creat astfel o instituţie izolată de spital, care nici măcar nu utilizează un sistem de evidenţă prin fişe.

Din analiza activităţii spitalului raional Vatra Dornei şi a policlinicii Sovromlemn, rezultă că înfiinţarea acesteia din urmă nu s-a făcut pe baza necesităţilor terenului. Spitalul raional putea să deservească în condiţii mulţumitoare necesităţile de asistenţă medicală de specialitate, atît ale populaţiei, cît şi ale muncitorilor forestieri.

Inainte de înfiinţarea policlinicii Sovromlemnului (noiembrie 1953), spitalul raional deservea muncitorii forestieri într-o proporţie de 32% cu asistenţă de staţionar şi 30% cu asistenţa ambulatorie, fără ca aceasta să determine indici de aglomerare ridicaţi: 18,7 la secţia de boli interne şi 7,0 la secţia de chirurgie.

După înfiinţarea policlinicii Sovromlemnului, indicele de aglomerare al acesteia a fost în medie de 11,8, deci un indice foarte scăzut. Aceasta a dus probabil la o reducere şi mai mare a indicelui de aglomerare la spitalul raional.

Cercetînd care sînt instituţiile medico-sanitare ce acordă certificate de concedii pentru boală salariaţilor sectorului de exploatare de la Dornişoara (4 km de Vatra Dornei) a reieşit că fostul punct de sănătate medical al Sovromlemn, unitatea 4 de exploatare, ce exista în oraşul Vatra Dornei înaintea actualei policlinici, elibera certificate de concediu pentru boală numai în proporţie de 12,7%; un procent de 37,3 din certificate erau eliberate de circumscripţia rurală Dorna-Cîndreni, pe teritoriul căreia se află exploatarea, dar majoritatea certificatelor (45,2%) erau eliberate de spitalul raional Vatra Dornei, ceea ce dovedeşte din nou că spitalul raional putea să asigure asistenţa de specialitate, fără să fi fost nevoie de înfiinţarea actualei policlinici proprii a Sovromlemnului.

De altfel, activitatea policlinicii nici nu a fost organizată teritorial, spre a cuprinde întreg teritoriul de deservire.

Numărul consultaţiilor acordate muncitorilor din exploatări era infim. Astfel, un sondaj a arătat că 65% din bolnavii consultaţi provin din fabricile de cherestea din oraşul Vatra Dornei, 22,2% sînt membri de familie ai salariaţilor Sovromlemn şi numai 7% provin din trustul de exploatare Sovromlemn, majoritatea acestora făcînd parte din personalul administrativ sau tehnico-ingineresc.

Deci policlinica nu deservea de fapt pe cei 7.840 de salariaţi ai întreprinderilor forestiere din raion, ci cu precădere pe cei din oraşul Vatra Dornei, care pot fi în număr de maxim 2 000, provenind din trei fabrici de cherestea şi alte în-

treprinderi şi instituţii ale Sovromlemnului din oraş, şi care puteau fi deserviţi de unităţi medico-sanitare prevăzute de normativele H.C.M. nr. 1830/1953.

Analizînd şi munca de teren a policlinicii, am constatat că ea se rezumă în general la vizitele la domiciliul bolnavilor din oraş, fără a se preocupa de condiţiile igienico-sanitare din întreprinderi. Rezultă din cele de mai sus că, dacă în localitatea în care se pune problema creării unui S.M.S. de întreprindere sau a unei policlinici pentru industria forestieră există un spital raional, acesta poate fi utilizat şi pentru nevoile muncitorilor din exploatare, servind ca centru metodologico-organizatoric pentru circumscripţiile medicale rurale sau punctele de sănătate medicale ce deservesc muncitorii forestieri.

Dacă în localitatea respectivă nu există nici o instituţie spitalicească sau ambulatorie de specialitate, se poate crea o policlinică sau un S.M.S., iar dacă există un spital rural mixt sau de specialitate, acesta poate fi transformat în S.M.S., aşa cum just s-a procedat la Nehoi.

S.M.S.-urile întreprinderilor forestiere au anumite particularităţi.

Astfel, în organizarea şi funcţionarea lor ele nu sînt unităţi de întreprindere închise, ci trebuie să se ţină seama de necesitatea de a deservi cu asistenţă de specialitate, atît muncitorii forestieri, cît şi populaţia de pe teritoriu, care prezintă într-un mare procent, fie mîna de lucru pentru industria forestieră, fie membri de familie ai salariaţilor.

In sprijinul acestei teze, reiese din cercetarea noastră că, în staţionarul Nehoi se internează doar 37,2% salariaţii forestieri, iar 43,9% sînt membri de familie ai salariaţilor forestieri, care domiciliază în comunele învecinate. Rezultă că 62,8% din internări reprezintă populaţie nesalariată.

Deşi circumscripţiile vecine, Nehoiaşi şi Gura Teghii, nu sînt arondate spitalului Nehoi, totuşi internările de bolnavi din aceste circumscripţii reprezintă o proporţie de 26% din totalul internărilor în spital.

In ceea ce priveşte asistenţa ambulatorie, policlinica Nehoi deserveşte într-o proporţie de 37,8% muncitorii forestieri, restul consultaţiilor fiind pentru populaţia teritorială, ceea ce demonstrează încă o dată necesitatea deservirii în comun a populaţiei şi a muncitorilor.

S.M.S.-ul trebuie teritorializat pe teritoriul exploatării. In această teritorializare nu trebuie să se meargă în mod mecanic spre a cuprinde cu orice preţ întreaga exploatare, ci trebuie să se aibă în vedere principiul accesibilităţii, în care scop să se ţină seama de căile de locomoţie, de aglomeraţiile muncitoreşti, de deplasările naturale ale muncitorilor şi ale populaţiei, de interesele economice locale etc., respectînd teritoriul administrativ al raionului.

In vederea asigurării accesibilităţii asistenţei medicale pe teritoriul de deservire al S.M.S.-ului trebuie organizate puncte de sănătate medicale sau circumscripţii rurale cît mai aproape de locul de muncă; aceste unităţi trebuie să facă parte integrantă, din punct de vedere organizatoric şi funcţional, din S.M.S.-ul respectiv, care se va îngriji, atît de calificarea cadrelor, cît şi de crearea bazelor materiale.

In activitatea unui S.M.S. forestier delimităm mai multe etape, distanţate în spaţiu şi timp, începînd cu autoajutorul şi ajutorul reciproc şi continuînd cu asistenţa premedicală acordată de punctele de sănătate cu cadre medii, asistenţa medicală de la punctul de sănătate medical sau circumscripţiile rurale şi asistenţa medicală de specialitate.

Această formă organizatorică trebuie astfel aplicată în practică, încît să poată permite rezolvarea unor cazuri indicate cu suficientă competenţă la nivelul

tuturor verigilor din acest lanţ de instituţii, oprind astfel afluxul nejustificat de bolnavi la sediul spitalului.

In organizarea S.M.S.-urilor în sectorul forestier, insistăm foarte mult asupra necesităţii existenţei tuturor verigilor de asistenţă medicală, care să fie plasate cît mai aproape de locul de muncă, îmbunătăţind astfel accesibilitatea asistenţei medicale.

Ca exemplu concludent putem cita cazul negativ de la Nehoi. Aici, toţi medicii erau concentraţi la sediul S.M.S.-ului, lucrînd în policlinică şi spital, iar pe teritoriul exploatării, care se întinde pînă la 60 de km, nu era nici un punct de sănătate medical, doar puncte de sănătate cu cadre medii. Ţinînd seama de faptul că circumscripţiile rurale, care erau mai aproape de locul de muncă, nu aveau atribuţii de deservire a muncitorilor, aceştia erau obligaţi să se adreseze medicilor S.M.S.-ului care se află la Nehoi. Aceasta a avut ca rezultat că un salariat de la fabrica de cherestea ce se află în localitatea de reşedinţă a S.M.S.-ului, primea 2,4 consultaţii pe an, iar un muncitor din exploatare 0,5 consultaţii pe an, deci o deservire de cinci ori mai mică.

Analizînd indicele de deservire cu asistenţă medicală în raport cu distanţa dintre S.M.S. şi locul de muncă, l-am constatat invers proporţional cu distanţa. Cu cît distanţa este mai mare, cu atît indicele este mai mic. Astfel:

— la circumscripţia a treia de pădure (distanţă 6—14 km) am găsit indicele de deservire de 1,3 consultaţii de salariat pe an;

— la circumscripţia a doua de pădure (distanţă 6—38 km) am găsit indicele de deservire de 0,7 consultaţii de salariat pe an;

— la circumscripţia întîi de pădure (distanţă 24—60 km) am găsit indicele de deservire de 0,1 consultaţii de salariat pe an.

4. Problemele sanitaro-antiepidemice

Problemele igienico-sanitare şi epidemiologice trebuie să stea în centrul preocupărilor permanente ale activităţii instituţiilor medico-sanitare care deservesc sectorul forestier.

Actualele condiţii igienico-sanitare din majoritatea întreprinderilor forestiere impun o grijă permanentă pentru ridicarea nivelului sanitar al acestora. Printre problemele cele mai importante am mai menţionat problema cazării muncitorilor la gurile de exploatare şi parchete, a alimentaţiei, a igienei individuale, a respectării normelor de tehnică a securităţii muncii, care constituie tot atîtea cauze ce determină o potenţialitate epidemică ridicată şi o frecvenţă ridicată a accidentelor de muncă. Intreprinderile de prelucrare a lemnului ridică şi ele o serie de probleme igienico-sanitare, asemănătoare în parte cu cele întîlnite în întreprinderile industriale, avînd desigur specificul acestei industrii.

Problemele igienico-sanitare şi epidemiologice din întreprinderile forestiere îşi găsesc rezolvarea treptat, prin măsurile de stat menite a ridica nivelul sanitar al locului de muncă şi de trai. Organele sanitare au sarcina să studieze aceste probleme, să dea soluţii de remediere corespunzătoare cu posibilitatea realizării lor şi să urmărească punerea lor în practică.

Activitatea sanitaro-antiepidemică trebuie să constituie o preocupare a tuturor verigilor de asistenţă medico-sanitară menţionate.

Astfel, la nivelul S.M.S.-urilor ce deservesc marile centre forestiere recomandăm crearea funcţiei de medic igienist, iar în lipsa acestuia, medicul director

adjunct pentru policlinică trebuie să preia responsabilitatea îndrumării şi controlului acestei activităţi.

Justa organizare teritorială a punctelor de sănătate teritoriale şi a circumscripţiei sanitare rurale nu rezolvă numai problema accesibilităţii asistenţei medicale de calitate, ci creează şi condiţiile necesare pentru urmărirea îndeaproape a cunoaşterii şi rezolvării problemelor igienico-sanitare şi epidemiologice.

Eficienţa muncii medicului este în funcţie de pregătirea lui, de interesul pentru problemă, de mijloacele pe care le are la îndemînă precum şi de sprijinul activ care îi este acordat de conducerea administrativă a întreprinderii.

Medicul se sprijină în activitatea lui sanitaro-antiepidemică, pe cadrele medii de la punctele de sănătate cu personal mediu. Acest ajutor este suficient şi eficient acolo unde exploatările se întind pe teritorii mici, iar gurile de exploatare sînt în număr mic şi apropiate unele de altele (punctele de sănătate cu cadre medii de la Putna — raion Rădăuţi).

Sînt însă frecvente exploatările unde, din cauza întinderii teritoriale a acestora, personalul mediu nu poate cuprinde în mod corespunzător condiţiile sanitaro-antiepidemice, decît cu riscul discontinuităţii în permanenţă de la sediul punctului de sănătate, ceea ce determină lipsuri, fie în acordarea primului ajutor, fie în urmărirea problemelor igienico-sanitare. In aceste exploatări sugerăm crearea funcţiilor de felceri igienişti, care să se ocupe de problemele igienico-sanitare pe teritoriul mai multor puncte de sănătate cu cadre medii. Aceştia urmează a fi subordonaţi circumscripţiei teritoriale sau punctului de sănătate medical şi, în mod excepţional, medicului igienist al S.M.S.-ului sau sanepidului raional.

Menţionăm că în rezolvarea problemelor sanitaro-antiepidemice ale populaţiei teritoriale deservite de aceleaşi cadre medicale ce deservesc şi muncitorii, personalul medical este ajutat de personalul mediu afectat acestei populaţii.

Nu se poate concepe o eficientă activitate igienico-sanitară şi antiepidemică la locul de muncă, în special din exploatare, fără participarea efectivă şi conştientă a înseşi maselor de salariaţi forestieri. De aceea, activul sanitar de masă, organizat la locul de muncă, trebuie pregătit şi mobilizat şi pentru această activitate, printr-o largă şi susţinută muncă de educaţie sanitară.

Activitatea sanitaro-antiepidemică a unităţilor medico-sanitare ce deservesc exploatările forestiere trebuie să fie condusă şi îndrumată de organele de specialitate ale sanepidului raional şi regional, care trebuie să devină forul metodologic pentru personalul punctului de sănătate medical şi al circumscripţiei medicale. In acest scop trebuie să se ocupe de ridicarea profesională a cadrelor în problemele de specialitate şi de dotarea unităţilor respective.

Oricît de bine ar fi organizate reţeaua sanitaro-antiepidemică şi cea curativo-profilactică, prin mijloacele proprii ele nu vor reuşi să rezolve problemele complexe ce le stau în faţă.

Problema ocrotirii sănătăţii nu constituie un domeniu de activitate exclusiv al organelor sanitare. Ocrotirea sănătăţii în statul socialist reprezintă un complex de măsuri de stat şi sociale.

La întreaga acţiune de ocrotire a sănătăţii muncitorilor din întreprinderi, şi, în special, la îmbunătăţirea condiţiilor igienico-sanitare la locul de muncă şi de trai şi la măsurile antiepidemice, trebuie să participe în mod activ şi cointeresat organele de conducere ale întreprinderii şi organele sindicale. Acestea au rolul hotărîtor în crearea bazei materiale necesare realizării acestor măsuri. Pentru rezolvarea acestor probleme medicul trebuie să fie iniţiatorul întocmirii planului unic complex, stabilind sarcini concrete şi urmărind realizarea lui.

La baza acestei acțiuni trebuie să stea în primul rînd temeinica cunoaștere a condițiilor igienico-sanitare ale locului de muncă și de trai, bazată pe investigații științifice, la care să participe sanepidul raional și, la nevoie, cel regional, iar în al doilea rînd analiza morbidității și a traumatismelor, în special analiza morbidității cu incapacitate temporară de muncă.

★

Prin punerea în aplicare a principiului deservirii teritoriale în întreprinderile forestiere apar adesea cazuri cînd o întreprindere de exploatare este deservită de mai multe puncte de sănătate și circumscripții rurale.

Ținînd seama de această situație, se ridică problema organului care să răspundă, să coordoneze munca tuturor unităților medico-sanitare ce deservesc aceeași întreprindere, să alcătuiască planul unic complex pe întreaga întreprindere, să calculeze și să analizeze, împreună cu direcția, morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă. De asemenea, se pune problema relațiilor dintre medicii unităților medico-sanitare ce deservesc întreprinderea forestieră și conducerea acesteia.

In cazul existenței unui S.M.S. sau a unei policlinici, medicul director devine coordonatorul muncii întregului colectiv de medici și personal mediu ce se află pe teritoriul exploatării.

In restul cazurilor, conducătorul spitalului rural teritorializat pe întreaga exploatare, medicul punctului de sănătate sau medicul circumscripției rurale de la sediul întreprinderii urmează să îndeplinească această sarcină.

In cazul în care suprafața întreprinderii este mare, această sarcină revine secției sanitare raionale, care se va sprijini în muncă pe spitalul și sanepidul raional. Cînd exploatarea depășește limitele unui raion, aceste sarcini revin secției sanitare regionale.

Planul complex va fi alcătuit de aceste unități medico-sanitare de la sediul central al întreprinderii, pe baza cunoașterii problemelor întregii întreprinderi și a legăturilor permanente cu celelalte unități medico-sanitare.

Morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă urmează a fi studiată de aceste organe centrale, care vor informa pe ceilalți medici asupra acestei morbidități.

Aceste organe centrale vor defalca și planurile de activitate în ceea ce privește vaccinările, precum și alte acțiuni importante ce trebuie duse pe planul general al întreprinderii.

La rîndul lor, medicii întreprinderii vor informa centrala întreprinderii, precum și pe medicul care coordonează munca medico-sanitară pe întreaga întreprindere, asupra rezultatelor muncii de teren și curativo-profilactice.

Sistemul de evidență primară pentru punctele de sănătate medicale și circumscripțiile rurale ce deservesc muncitori forestieri nu ridică probleme speciale.

In ceea ce privește raportarea, ele vor utiliza formularele în vigoare pentru circumscripțiile rurale. Credem că raportul punctului de sănătate, care deservește și populația teritorială, trebuie să cuprindă date separate pentru activitatea și problemele privitoare la muncitorii forestieri și pentru populație. In cazul cînd sediul punctului de sănătate se află în aceeași comună cu sediul central al întreprinderii, raportul trebuie să cuprindă și morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă. De asemenea, se vor include date în legătură cu activitatea igienico-sanitară și antiepidemică.

Pentru întreaga acţiune de ocrotire a sănătăţii muncitorilor din întreprinderile forestiere, secţiile sanitare raionale şi regionale, ca organe unice ale ocrotirii sănătăţii populaţiei de pe teritoriu, precum şi organele de conducere ale Ministerului Industriei Lemnului, Hîrtiei şi Celulozei şi ale unităţilor subordonate, trebuie să acorde toată atenţia ce se cuvine acestui important sector al economiei naţionale.

Lucrare executată în cadrul Centrului de organizare a ocrotirii sănătăţii şi istorie a medicinei-Bucureşti.

★

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-САНИТАРНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НА ЛЕСНЫХ ПРЕДПРИЯТИЯХ

Организация медико-санитарного обслуживания работников лесных предприятий обусловливается прежде всего особым характером лесоразработок, которые охватывают большие пространства, с большим количеством рабочих мест. в которых заняты небольшие группы рабочих.

Обеспечение лесоразработок наиболее доступной и качественной медицинской помощью должно лежать на обязанности наиболее близких территориальных медицинских участков.. На лесоразработках сосредоточенных на небольших территориях, могут быть организованы собственные, врачебные или фельдшерские пункты, которые должны однако обслуживать также и население соответствующей территории. Необходимо следовательно, более рационально разбить на врачебные участки сельскую территорию, на которой производятся лесозаготовки, и более правильно расставить на ней медицинские пункты. При лесных разработках весьма важна организация мер по самопомощи и взаимопомощи. Медицинское обслуживание по специальностям должно обеспечиваться территориальными специальными учреждениями или же собственными учреждениями, в которых должна оказываться помощь также и местному населению и которые должны иметь санитарные пункты возможно ближе к месту работы. Рекомендуется назначение фельшдеров-гигиенистов в территориальные медицинские учреждения. Санитарно-противоэпидемическая работа должна руководиться или врачем-гигиенистом собственного учреждения, или местной санэпидстанцией. Весьма важно непосредственное участие административных и профессиональных органов, а также и самих рабочих в применении мер по охране здоровья работников лесной промышленности.

★

L'ORGANISATION DE L'ASSISTANCE MEDICO-SANITAIRE DANS LES ENTREPRISES FORESTIÈRES

L'organisation de l'assistance médico-sanitaire des travailleurs de l'industrie forestière, est conditionnée pricipalement par les caractéristiques des exploitations forestières, qui s'étendent sur de grandes distances, ayant de nombreux emplacements de travail, les ouvriers étant répartis en petits groupes.

Pour assurer une assistance médicale accéssible et de qualité dans les exploitations, l'assitance médicale doit être assurée par la plus proche circonscription territoriale.

Dans les exploitations concentrées dans des régions peu étendues, on peut organiser des centres sanitaires médicaux propres, desservant en même temps la population du territoire. Il s'impose donc, une répartition territoriale plus rationelle des circonscriptions rurales, ayant des exploitations forestières sur leur territoire, ainsi que des centres sanitaires respectifs. Dans les exploitations forestières, il est important d'organiser le secours individuel el le secours réciproque des ouvriers. L'assistance médicale de spécialité est assurée soit par les institutions de spécialité régionale, soit par des unités sanitaires propres (S.M.S.), qui acorderont en même temps leur assistance à la population de la région et qui seront prévues avec des centres sanitaires situés le plus près possible des chantiers. Les auteurs insistent sur l'encadrement des unités régionales avec des „feldchers" (aide-médecins) hygiénistes. L'activité sanitaire antiépidémique est dirigée par la médecin hygiéniste au par le „Sanépide" local (Centre sanitaire antiépidimique). La participation des organes administratifs, syndicaux et des ouvriers mêmes, aux mesures de protection de la santé des ouvriers, de l'industrie forestière, est d'une importance toute particulière.

ASPECTE DE MORBIDITATE DIN S.M.T.-uri

M. ANCUŞA, I. POD, I. GAITA şi O. LĂZĂRESCU

S.M.T.-urile, înfiinţate în octombrie 1948, constituie unul din factorii prin care formele superioare ale lucrării pămîntului, reprezentate prin gospodării agricole colective şi întovărăşirile agricole, dau posibilităţi agriculturii noastre de a trece de la stadiul unei agriculturi înapoiate, la una mecanizată, planificată, de tip socialist.

Staţiile de maşini şi tractoare alcătuiesc în mediul rural colectivităţi organizate, în care elementul tînăr este elementul predominant. Acestui element uman, pentru a i se garanta sănătatea şi productivitatea muncii sale, trebuie să i se asigure condiţii de muncă şi de trai optime, însoţite de o asistenţă medicală corespunzătoare.

Necesităţile mereu crescînde şi ritmul rapid al transformării agriculturii la noi în ţară au făcut ca, într-o primă etapă, ocrotirea sănătăţii muncitorilor din S.M.T.-uri să prezinte unele deficienţe.

Condiţiile grele de muncă, discrepanţa evidentă dintre amenajarea şi funcţionarea în bune condiţii a procesului tehnologic, pe de o parte, şi neglijarea instalaţiilor igienico-sanitare şi a condiţiilor de trai, pe de altă parte, se reflectă în mod categoric asupra stării sănătăţii muncitorilor.

Acestor fapte li se adăuga, pînă acum cîtva timp, o asistenţă medicală pur curativă, efectuată la întîmplare, fără periodicitate şi lipsită complet de preocupări profilactice.

Desigur că această situaţie era determinată pe lîngă cauze subiective şi de o serie de cauze obiective. Pe lîngă lipsa unor sarcini şi instrucţiuni

clare, pe lîngă lipsa unui control şi ajutor dat medicului de circumscripţie de secţia sanitară raională şi sanepidul raional, se mai adaugă specificul muncii de S.M.T. în care salariaţii, timp de 7—8 luni, lucrează dispersaţi în secţii pe teritorii întinse, căruia i se mai asociază lipsa de cadre medii şi nivelul igienico-sanitar scăzut al muncitorilor din staţiile de maşini şi tractoare.

Toate aceste fapte influenţează şi condiţionează într-o largă măsură structura şi dinamica morbidităţii din S.M.T.-uri.

O cunoaştere, dar mai ales o studiere şi o interpretare justă a acesteia prin prisma interdependenţei dintre organism şi mediu, duce la indicarea unor serii de măsuri ce pot modifica simţitor situaţia, contribuind la scăderea morbidităţii şi ridicarea productivităţii muncii.

Lucrarea de faţă cuprinde o analiză a morbidităţii pe anii 1952—1953, din 10 S.M.T-uri, din două regiuni cu un caracter puternic agricol. In analiza morbidităţii am utilizat metoda legată de pierderea temporară a capacităţii de muncă, deoarece numai această morbiditate este ţinută bine în evidenţă, întrucît toate certificatele de incapacitate temporară de muncă sînt centralizate la sediile S.M.T.-urilor pentru verificarea şi achitarea ajutorului de boală. Din cauza specificului muncii, tractoriştii, care alcătuiesc 68,5% din totalul salariaţilor, cu excepţia lunilor de toamnă, lucrează dispersaţi la diferite G.A.S.-uri, G.A.C.-uri şi întovărăşiri agricole etc., foarte adeseori la distanţe mari de centrul S.M.T.-ului.

De aceea îmbolnăvirile de care suferă tractoriştii în cea mai mare parte a anului nu sînt trecute în evidenţa medicului de circumscripţie, de la sediul S.M.T.-ului, ci în evidenţa a 15-25 medici de circumscripţie din raionul respectiv, sau din raioane învecinate, al cărui teritoriu este deservit de S.M.T.-ul respectiv; o prelucrare a întregii morbidităţi în faza actuală este imposibil de efectuat, trebuind a fi studiate registrele tuturor circumscripţiilor din teritoriul pe care lucrează tractoriştii.

Analizînd morbiditatea acestor 10 S.M.T.-uri desprindem următoarele aspecte:

1. Salariaţii S.M.T.-urilor studiate i-am grupat în trei categorii: tractorişti, salariaţii din ateliere şi personalul administrativ. Distribuiţi procentual (tabelul 1) tractoriştii reprezintă 68,5, salariaţii din ateliere 11,7, şi personalul administrativ 19,7.

Tabelul 1

Distribuţia pe locuri de muncă

Nr. crt.	Sex	Distribuţia pe locuri de muncă							
		Total		Tractorişti		Ateliere		Administraţie	
		cifre	%	cifre	%	cifre	%	cifre	%
1	Total	1655	100,0	1136	68,5	193	11,7	326	19,7
2	Bărbaţi	1560	94,3	1084	95,4	193	100,0	283	86,8
3	Femei	95	5,7	52	4,6	—	—	43	13,2

Ca sex bărbaţii reprezintă 92,3%, iar femeile 5,7% din total. Dat fiind procentul redus al femeilor, nu vom efectua o analiză a morbidităţii pe sex.

2. Urmînd experienţa sovietică că în evidenţa morbidităţii trebuie stabilit nu numai numărul îmbolnăvirilor, ci şi numărul cazurilor dar mai ales al persoanelor, din datele noastre reiese că, din totalul salariaţilor (tabelul 2) s-au îmbolnăvit 23,8% persoane, cu 27,4% cazuri şi 29,3% îmbolnăviri. Cunoscînd condiţiile grele de muncă din S.M.T.-uri, cărora li se

Tabelul 2

Persoane bolnave, cazuri şi îmbolnăviri

Nr. crt.	Numărul salariaţilor	Persoane		Cazuri		Îmbolnăviri	
		cifre	%	cifre	%	cifre	%
1	1655	394	23,8	454	27,4	496	29,9

adaugă intemperiile şi alţi factori de mediu, aceşti indici sînt mult inferiori situaţiei reale. Astfel, Mazur arată într-o lucrare că 72,6% din totalul populaţiei unui teritoriu dat s-a îmbolnăvit în decursul unui an ; la fel, Deiciman stabileşte că 73,5% din populaţia raionului studiat a suferit de una sau mai multe boli în decursul unui an.

De asemenea şi noi, comparînd persoanele bolnave, cazurile de boală şi îmbolnăvirile din S.M.T.-uri cu cele ale unei întreprinderi metalurgice, înregistrăm diferenţe foarte mari.

Astfel în întreprinderea metalurgică găsim : îmbolnăviri 1,2 de salariat (tabelul 3), faţă de 0,3 în S.M.T.-uri, deci de patru ori mai mult.

Cazuri de boală 1,1 de salariat faţă de 0,3 în S.M.T.-uri, tot de patru ori mai mult.

Tabelul 3

Date comparative asupra persoanelor bolnave, cazurilor de boli şi îmbolnăvirilor dintre S.M.T. şi o întreprindere metalurgică

Nr. crt.	Intreprinderea	Nr. salariaţilor	Persoane bolnave		Cazuri de boală			Imbolnăviri		
			Cifre	% faţă de nr. salariaţilor	Cifre	Frecvenţa faţă de		Cifre	Frecvenţa faţă de	
						nr. salariaţilor	una persoană bolnavă		nr. salariaţilor	una persoană bolnavă
1	Metalurgică	1080	777	71,9	1206	1,1	1,5	1325	1,2	1,7
2	S. M. T.	1655	394	23,8	454	0,3	1,2	496	0,3	1,3

— Imbolnăviri 1,7 la un bolnav faţă de 1,3 în S.M.T.-uri,

— Cazuri de boală 1,5 la un bolnav faţă de 1,2 în S.M.T.-uri. In mod logic se pune întrebarea care este cauza acestei mari diferenţe între S.M.T.. şi industria metalurgică.

La o primă impresie s-ar putea presupune că tractoriştii, care formează marea majoritate a salariaţilor, fiind tineri se îmbolnăvesc mai rar.

Noi însă, la întreprinderea metalurgică studiată, am fost izbiți tocmai de faptul incidenței urcate a morbidității la grupele tinere.

Cunoscînd condițiile de muncă și de trai din S.M.T.-uri, dar mai ales absența unei forme organizatorice adecvate de asigurarea asistenței medicale în aceste unități agricole socialiste, cauzele acestor indici atît de scăzuți sînt :

a) Tractoriștii în cea mai mare parte a anului lucrează în localități îndepărtate de sediul circumscripției, astfel că ei nu recurg la asistența medicală decît în cazuri mai grave sau într-o fază mai avansată a bolii.

b) Examinările medicale la angajare și cele periodice lipsesc cu desăvîrșire.

c) Tractoriștii provenind din mediul rural nu au încă nivelul de educație sanitară al muncitorilor industriali urbani. Multe îmbolnăviri nu le tratează sau le tratează cu mijloace empirice, sau cu medicamente cumpărate de la punctele farmaceutice fără prescripție medicală.

Intr-un cuvînt, indicele de adresabilitate este foarte redus. Deci îmbolnăvirea, cauza de boală și persoana bolnavă sub diferitele ei aspecte există, dar ea nu figurează în nici o evidență.

3. Interpretînd unele aspecte ale structurii morbidității constatăm :

a) Grupa „alte boli" reprezintă 24,2% din totalul îmbolnăvirilor, ocupînd primul loc. Ea trebuie analizată, deoarece frecvența ridicată a bolilor de ochi, O.R.L., piodermite, hernii, etc., se îmbină cu condițiile de muncă ale tractoristului.

b) Urmează pe locul doi accidentele cu 14,5% pe care le considerăm foarte numeroase, întrucît accidentele cu peste trei zile incapacitate de lucru reprezintă 11,9%. Acest fapt denotă că munca de prevenire și combatere a accidentelor este deficitară, măsurile de protecție a muncii și instructajul fiind incomplet.

c) Adăugînd accidentelor și cele 7,2% procese supurative, care în marea lor majoritate sînt o consecință a microtraumatismelor, problema accidentelor de muncă devine mai acută. Frecvența ridicată a proceselor supurative trebuie legată de lipsa unui ajutor medical imediat și eficace, dar mai ales de o igienă individuală insuficientă.

d) Tuberculoza, prin totalul îmbolnăvirilor și totalul zilelor de incapacitate reprezintă, în raport cu alte industrii, valori mai ridicate. Aceasta nu trebuie interpretată ca o consecință a condițiilor de muncă și de trai din S.M.T.-uri, ci ca o deficiență de natură organizatorică în ocrotirea sănătății acestor muncitori. Absența examenelor medicale la angajare și a controlului periodic atît al alevilor tractoriști, cît și al tractoriștilor, duc la angajarea unor persoane bolnave și la depistări tardive ale unor forme grave, ce necesită un număr ridicat de zile de incapacitate de muncă.

e) Incidența bolilor căilor respiratorii superioare (6,2%) și a anginelor (2,8%) este redusă, dacă luăm în considerare condițiile de muncă ale tractoriștilor și ale salariaților din ateliere, care sînt adeseori expuși intemperiilor. Aceasta nu poate fi considerată ca reală, ci corelată indicelui mic de adresabilitate a salariaților din S.M.T.-uri.

4. In ce privește dinamica morbidității din aceste S.M.T.-uri remarcăm următoarele :

a) Indicii de frecvenţă, gravitate şi durată medie (tabelul 4) analizaţi cu atenţie, indică aceeaşi deficienţă în organizarea acordării asistenţei medicale, muncitorilor din S.M.T.-uri. Comparînd aceşti indici cu cei ai industriei metalurgice amintite mai sus, constatăm că indicele de frecvenţă din

Tabelul 4

Date comparative ale indicilor de frecvenţă, gravitate şi durată medie în S. M. T.-uri şi într-o industrie metalurgică

Nr. curent	Indice de	Locul de muncă	FORME NOSOLOGICE												
			Total	Tuberculoză pulmonară	Anginе	Reumatism	Boli ale căilor resp. sup.	Pneumonii şi bronho-pneu.	Furuncule, abcese, etc.	Accidente total	Accidente de 1—3 zile	Accidente peste 3 zile	Boli acute gastro-intes. tinale	Gripe	Alte boli
1	Frecvenţa	S.M.T.	29.9	1.6	0.8	1.3	1.9	0.8	2.8	4.35	0.8	3.6	1.4	3.1	7.2
2		I.M.*	122.7	2.03	8.7	4.6	4.8	1.9	5.1	22.3	8.1	14.2	9.9	18.0	24.7
3	Gravitate	S.M.T.	492.0	135.1	8.3	19.9	8.9	12.6	16.3	71.5	2.2	69.3	10.3	12.2	131.8
4		I.M.	1302.5	189.6	55.0	60.3	18.5	44.1	42.5	200.9	18.7	182.2	46.1	64.1	313.7
5	Durata medie	S.M.T.	16.4	82.8	9.8	15.7	4.8	14.2	7.3	16.4	2.8	19.4	7.4	4.1	18.2
6		I.M.	10.6	93.1	6.3	13.0	3.8	22.7	8.3	9	2.3	12.9	4.6	3.5	12.7

* Industrie metalurgică

S.M.T.-uri este de 29,7%, iar în întreprinderea metalurgică este 122,7%, deci de 4 ori mai mare ; cel de gravitate în S.M.T.-uri de 492,0% iar în întreprinderea metalurgică de 1302,5% deci aproximativ de trei ori mai mare ; iar cel de durată medie de 17,4% în S.M.T.-uri şi de 10,6% în industria metalurgică.

Valorile reduse ale indicelui de frecvenţă şi de gravitate şi mai ridicate ale celui de durată medie faţă de cel al întreprinderii metalurgice, indică din nou aceeaşi slabă adresabilitate, aceeaşi depistare tardivă şi în faza înaintată a bolii şi absenţa unei supravegheri sistematice a stării de sănătate a muncitorului.

Comparînd indicii de mai sus cu unele forme nosologice, constatăm în general aceleaşi diferenţe. Astfel, indicele de frecvenţă al anginei este de 10 ori, al reumatismului de 3 ori, al bolilor căilor respiratorii superioare de 2,5 ori, al furunculelor de 2 ori, al accidentelor de 5,5 ori şi al gripelor de 6 ori mai mic în S.M.T.-uri decît în întreprinderea metalurgică studiată de noi în cadrul altei lucrări. La fel se prezintă situaţia şi în ceea ce priveşte indicele de gravitate.

Discrepanţa, date fiind similitudinea condiţiilor de muncă ale celor două feluri de unităţi studiate, este evidentă, iar diferenţele mult prea mari spre a putea fi considerate reale. Noi socotim că dacă S.M.T.-iştii ar beneficia de aceeaşi asistenţă medicală ca şi muncitorii din industriile urbane, şi dacă ar avea un nivel de educaţie sanitară mai ridicat, indicii de frecvenţă, gravitate şi durată medie ai morbidităţii din S.M.T.-uri ar fi mult diferiţi de cei existenţi.

b) Distribuţia incidenţei îmbolnăvirilor pe loc de muncă nu prezintă diferenţe mari între tractorişti, ateliere şi administraţie. Faţă de indicele global

de îmbolnăvire, care este de 29,3%, tractoriştii prezintă 29,3%, salariaţii din administraţie 29,4%, iar cei din ateliere 34,7% îmbolnăviri. Normal ar fi ca tractoriştii, ţinînd seamă de condiţiile de muncă, să aibă o morbiditate mai ridicată decît celelalte grupe. Cauzele acestei nepotriviri par a fi explicate, după noi, prin :

— Adresabilitate foarte scăzută a tractoriştilor, din motivele amintite.

— Salariaţii din ateliere lucrînd mai mult la sediul S.M.T.-ului, unde de obicei există circumscripţie sanitară şi fiind muncitori vechi, calificaţi, cu un standard sanitar ridicat, consultă medicul.

— Incidenţa de îmbolnăviri aproape egală a personalului administrativ cu tractoriştii se explică, pe de o parte, printr-o adresabilitate urcată şi, pe de altă parte, prin faptul că salariaţii administrativi suferă de diferite boli cronice şi, implicit, prezintă o morbiditate mai ridicată.

Tabelul 5

Distribuţia pe locuri de muncă a persoanelor, cazurilor, îmbolnăvirilor şi indicilor de morbiditate în S. M. T.-uri

Nr. curent	Loc de muncă	Nr. salariaţilor	Persoane		Cazuri		Îmbolnăviri		Zile de incapacitate		Indici de		
			cifre	%	cifre	%	cifre	%	cifre	%	Frecvenţă	Gravitate	Durata medie
1	Total	1655	394	23.8	454	27.4	496	29.9	8143	100.0	29.9	492.1	16.4
2	Tractorişti	1136	255	22.4	297	26.1	333	29.3	5835	71.6	29.3	513.6	17.5
3	Atelier	193	50	25.9	60	31.1	67	34.7	872	10.7	34.7	451.8	13.0
4	Administraţie	326	89	27.3	97	29.7	96	29.3	1436	17.6	29.4	440.4	14.1

Analizate pe forme nosologice constatăm că numai tuberculoza, anginele şi accidentele le găsim mai numeroase la tractorişti decît la celelalte grupe. Aceasta ca o consecinţă a faptului că primele două sînt un apanaj mai mult al vîrstelor tinere, iar accidentele sînt un rezultat al lipsei de experienţă, dar mai ales al unui instructaj necorespunzător.

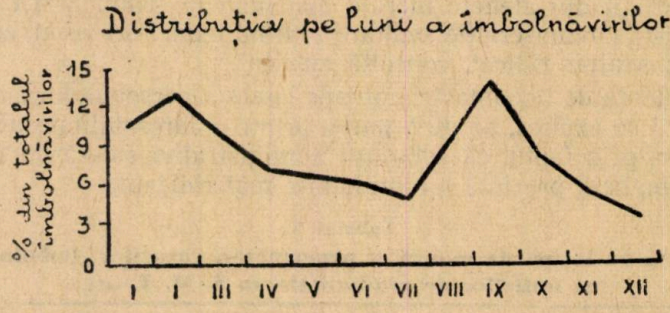
Restul bolilor : gripa, afecţiunile căilor superioare ale aparatului respirator, afecţiunile tubului digestiv etc., se întîlnesc mai frecvent la salariaţii din ateliere şi la cei administrativi, fiindcă aceştia consultă medicul şi nu fiindcă s-ar găsi într-o proporţie mai ridicată decît la tractorişti.

O ilustrare a acestei afirmaţii o constituie proporţia persoanelor bolnave care este de 22,4% pentru tractorişti, faţă de 27,3% din personalul administrativ şi 25,9% muncitori din ateliere. In schimb însă, indicii de gravitate şi de durată medie de 513,6 şi 17,5 sînt mai mari la tractorişti decît la muncitorii din ateliere şi la personalul administrativ, de 451,8 şi 13,0, respectiv 440,4 şi 14,1.

Deci, încă o dată, tractoriştii consultă rar medicul şi numai în cazurile grave, avansate, cînd boala este mai greu influenţată şi necesită un tratament mai îndelungat.

c) Distribuţia îmbolnăvirilor pe luni (graficul nr. 1) arată frecvenţa cea mai ridicată a acestora în lunile de iarnă ianuarie — martie (10,7%, 12,9%

şi 10,1%) cînd predomină stările gripale şi bolile aparatului respirator ; şi lunile august — septembrie (9,1% şi 13,5%) cînd predomină afecţiunile acute gastro-intestinale. Lunile noiembrie — decembrie marchează frecvenţa cea mai scăzută (5,4% şi 3,6%) echivalînd cu perioada celor mai reduse munci în S.M.T.-uri.



BIBLIOGRAFIE :

Deicman E. I.: Experienţa privitoare la studiul morbidităţii populaţiei.
Heifeţ L. Z.: Combaterea accidentelor de muncă în mediul rural. *Analele romîno-sovietice,* Seria Igiena şi organizarea sanitară, 1953, nr. 6.
Mazur M. M.: Probleme în legătură cu studierea morbidităţii în întreprinderile industriale.
Sovetskoie zdravoohranenie, 1952, nr. 2.
Sovetskoie zdravoohranenie, 1952, nr. 4.

★

НЕКОТОРЫЕ СОПРОСЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В М. Т. С.

1. На основании изучения выданных больничных бюллетеней о временной нетрудоспособности была подвергнута анализу заболеваемость в 10 М. Т. С.

2. По роду своей работы, работники этих М. Т. С. распределялись на следующие группы: 68,5% — трактористы, 11.7% — работники в мастерских и 19,7% — служащие.

3. Показатели числа болеющих лиц (25,1%), случаев болезни (27,4%) и заболеваний (29,3%), указывает на пониженную обращаемость работников М. Т. С., как результат специфики труда в этой области, а также и отсутствия соответсвующих организационных форм для обеспечения медицинской помощи.

4. Изучение структуры заболеваемости выявляет значение, оказываемое на ее снижение в результате улучшения условий среды, путем надлежащего применения мер по освоению техрики, правил личной гигиены и мер по санитарному воспитанию.

5. Показатели частоты, тяжести и средней подолжительности заболевания, взятые в целом или по отдельным болезням и рабочему месту, выявляют более ясно отсутствие обращаемости за тедчзинской помощью со стороны работников М. Т. С.

6. Анализ заболеваемости наблюдающейся в рамках этих социалистических сельскохозяйственных единиц, требует со стороны санитарных органов дальнейшего усиления

внимания по отношению к работникам М. Т. С., путем организации быстрого и действенного медицинского обслуживания, основанного на профилактических мерах и сопровождаемого продуманной работой по санитарному воспитанию.

7. Подробное изучение общей заболеваемости на М. Т. С, и установление наиболее рациональных и совершенных форм комплеской организации охраны здоровая работников этих станции, должно быть постоянной заботой организаторов здравоохранения.

★

QUELQUES ASPECTS DU PROBLÈME DE LA MORBIDITÉ DANS LES S.M.T. [1]

1) La morbidité dans les Stations de machines agricoles et de tracteurs a été analysée à l'aide des certificats d'incapacité temporaire de travail.

2) Groupés selon l'endroit oú ils travaillent, les salariés des S.M.T., représentent: 68,5% mécaniciens de tracteurs, 11,7% salariés des ateliers et 19,7% personnel administratif.

3) Les indices des malades (25,1%), des cas de maladie (27,4%), et de la morbidité (29,3%) indiquent que les travailleurs des S.M.T. se présentent rarement chez le médecin ; ce fait apparait comme une conséquence de la nature du travail dans ce secteur, et de l'absence d'une forme d'organisation adéquate d'assurance de l'assistance médicale.

4) L'aspect de la morbidité démontre l'importance que l'amélioration des conditions de milieu, par de simples mesures d'instruction technique, d'hygiène individuelle et d'éducation sanitaire, justement appliquées, pourrait avoir dans l'abaissement de la morbidité.

5) Les indices de fréquence, de gravité et de durée moyenne, des maladies, soit globale, soit par maladies, soit enfin, par rapport à l'endroit du travail, indique d'une manière encore plus évidente l'absence de présentation chez les médecins des travailleurs des S.M.T.

6) L'analyse de la morbidité de ces unités agricoles socialistes exige de la part de nos organes sanitaires, une préocupation de plus en plus intense vis-à-vis des travailleurs des S.M.T., en leur assurant une assistance médicale rapide et efficace ; cette assistance doit avoir un caractère résolument prophylactique ; elle doit être accompagnée d'une énergique éducation sanitaire.

7) L'étude détaillée de la morbidité générale dans les S.M.T. et la création de modèles d'organisation de plus en plus perfectionnés et adéquats, pour assurer la protection de la santé des ouvriers des S.M.T. sous tous ses aspects, doit constituer une préoccupation permanente des organisateurs de la santé publique.

---

[1] Station de machines agricoles et tracteurs.

DISPENSARIZAREA SPORTIVILOR

(principii, metode, procedee)

Dr. LUDU REMUS

Şeful catedrei medicina culturii fizice din I.M.F., Bucureşti

Experienţa primilor ani de existenţă şi activitate în cadrul mişcării de cultură fizică şi sport a tinerei reţele medicale pentru cultură fizică, ne dă posibilitatea să verificăm aportul adus de ea acestei mişcări şi sportului de performanţă. De asemenea, ne dă posibilitatea să verificăm justeţea concepţiilor teoretice şi a metodelor de lucru folosite de ea şi nivelul de pregătire profesională a medicilor de cultură fizică.

In acest scurt interval de timp, deşi a avut unele lipsuri, reţeaua şi-a dovedit utilitatea pentru mişcarea de cultură fizică şi sport şi locul ei alături de celelalte reţele de instituţii sanitare, în lupta comună pentru ocrotirea sănătăţii populaţiei R.P.R.

Cu condiţiile de pînă acum, cu cele de natură organizatorică, ştiinţifico-metodologice şi cu nivelul de pregătire profesională pe care l-au avut medicii de cultură fizică, tînăra reţea a izbutit în suficientă măsură să facă faţă cerinţelor terenului. Ea a izbutit să asigure : asistenţa şi controlul medical al sportivilor fruntaşi şi sportivilor în general, aspiranţilor G.M.A., ş.a. veniţi la cabinetele medicale ; asistenţa medicală la competiţiile sportive internaţionale, naţionale, de mase, etc. ; a contribuit la îmbunătăţirea stării igienico-sanitare a multor baze sportive ; în condiţiile de cantonament a urmărit activ sportivii din lotul R.P.R., contribuind efectiv la perfecţionarea lor sportivă prin complexul de măsuri igienico-sanitare şi medico-sportive luate, şi altele.

Experienţa celor cinci ani de activitate ne mai arată însă că tînăra reţea a avut lipsuri în muncă şi că rezultatele practice la care a ajuns nu sînt mulţumitoare.

Din punct de vedere organizatoric, de exemplu, unităţile medicale pentru cultură fizică : Centrele medicale pentru cultură fizică (C.M.C.F.), serviciile medicale pentru cultură fizică de la nivelul policlinicilor spitalelor unificate, din întreprinderi şi şcoli şi cabinetele medico-sportive de la bazele sportive, au avut lipsuri importante : în dotare, în încadrarea cu cadre calificate de specialitate, în fişa medicală, ş.a. Această situaţie a dus la examinări medico-sportive de nivel calitativ redus şi cu eficienţă scăzută.

Din lipsa staţionarului la nivelul C.M.C.F. nu s-au putut studia profund organismul sportivilor cu diferite forme de boală şi traumatisme sportive, sub aspect multilateral şi în lumina învăţăturii lui I. P. Pavlov.

Din lipsa unei secţii pentru cercetări ştiinţifice : medicale, fiziologice şi igienice în legătură cu activităţile de cultură fizică şi sport, bine înzestrată şi încadrată cu cadre pricepute, metodele de lucru folosite (de control medical, cultură fizică medicală, etc.) sînt insuficiente, puţine, de nivel calitativ redus, nu sînt unitare, etc.

Nivelul profesional scăzut în specialitatea medicina culturii fizice, al unor medici de cultură fizică, este o altă cauză principală a rezultatelor ne-

mulțumitoare date de rețea pînă în prezent și se datorește măsurilor insuficiente luate pentru remedierea acestei lipse.

Inseși formele și metodele de asistență medicală folosite la sportivi considerăm că nu mai corespund, nici din punct de vedere științifico-metodologic și nici din punct de vedere practic.

Urmărind pe sportivi, de exemplu, numai la nivelul dispensarului sau serviciilor medicale pentru cultură fizică din policlinică, întreprindere, etc., iar pe sportivii fruntași numai la nivelul dispensarului central pentru sportivi (D.C.S.) și în condițiile de cantonament, nu s-a putut totdeauna depista, diagnostica și trata la timp boala în faza ei incipientă, funcțională, de asemenea nici restabili grabnic și complet sănătatea, capacitatea de muncă, de antrenament și concurs a sportivilor bolnavi sau traumatizați și nici cunoaște și lua măsuri din timp pentru înlăturarea factorilor care au favorizat, cauzat, complicat sau agravat boala, ș.a.

Adăugînd la toate acestea și faptul că organele C.C.F.S. de pe teren, antrenorii și arbitrii și uneori și sportivii nu respectă obligativitatea controlului medical și nici indicațiile și contraindicațiile medicale și medico-sportive date de medicii de cultură fizică, nu trebuie să ne mire nici frecvența traumatismelor sportive, nici condițiile igienico-sanitare nesatisfăcătoare de la unele baze sportive și din cantonamente, nici unele performanțe slabe ale sportivilor noștri fruntași, ș.a.

Aceste situații ne mai arată că măsurile medico-sportive luate pînă în prezent nu au fost complexe, au avut mai mult un caracter teoretic de multe ori rupt de cel practic, iar colaborarea dintre forurile tutelare ale acestor activități (C.C.F.S., C.C.S., M.S., M.I., M.F.A., U.T.M, și M.A.I.) și chiar dintre tehnicieni (medici și antrenori) a fost mai mult formală.

Starea aceasta de fapte și a altora de acest fel și cerințele tot mai mari ale mișcării de cultură fizică și sport de mase și a sportului de performanță, ne arată că trebuie să pășim urgent la elaborarea și punerea în practică a unor forme și metode de asistență și control medico-sportiv de nivel științific superior celor de pînă acum. Acestea trebuie să fie legate indisolubil, atît de sistemul actual al ocrotirii sănătății, cît și de cel al dezvoltării economiei și mișcării de cultură fizică și sport din țara noastră.

Experiența sovietică ne arată că forma de asistență medicală progresistă, net superioară celei de pînă acum, ce trebuie s-o aplicăm și în sectorul culturii fizice și sportului, este dispensarizarea.

Dispensarizarea în munca instituțiilor curativo-profilactice din U.R.S.S. și R.P.R.

Dispensarizarea este o formă înaintată superioară de asistență medicală, sovietică.

Metoda dispensarizării constituie azi fundamentul solid al muncii instituțiilor curativo-profilactice din U.R.S.S. Ea este produsul fidel al orientării profilactice a medicinei și ocrotirii sănătății din Uniunea Sovietică.

In cursul multor ani de experiență, institutele curativo-profilactice și oamenii de știință din Uniunea Sovietică au perfecționat această metodă și au extins-o în toate instituțiile curativo-profilactice de la orașe și sate și la diferite categorii de oameni sănătoși, după caractere fiziologice comune (pu-

bertate, graviditate) sau după condiţii comune de muncă şi la diferite forme de boală.

Metoda dispensarizării se bazează pe îmbinarea profilaxiei cu terapia necesară, strîns legate de modificările active ale factorilor de mediu extern ce au influenţă asupra organismului uman.

Dispensarizarea impune urmărirea activă, individualizată a celor selecţionaţi ; depistarea activă a bolilor în faza lor incipientă sau funcţională (după caz) ; luarea unor măsuri complexe curativo-profilactice şi igienico-sanitare.

Rezultatele obţinute în Uniunea Sovietică prin aplicarea dispensarizării au arătat că ea reprezintă o armă puternică în ridicarea calităţii asistenţei medicale. M. G. Zak, St. Nikitin şi alţii ne arată că metoda dispensarizării a fost aplicată cu succes şi la sportivi.

In ţara noastră de asemenea se aplică cu succes metoda dispensarizării în reţeaua antituberculoasă, antivenerianâ, de pediatrie şi de obstetrică şi ginecologie. Ea a început să fie extinsă şi în alte reţele.

In reţeaua medicală pentru cultură fizică de la noi din ţară încă nu a fost aplicată. Incercările noastre la Centrul medical pentru cultură fizică din Bucureşti (astăzi Dispensarul central pentru sportivi) de a aplica la sportivii fruntaşi unele aspecte ale dispensarizării, nu reprezintă decît modeste tatonări ale problemei. Măsuri mai complexe curativo-profilactice şi igienico-sanitare, în lumina dispensarizării şi succese parţiale am avut numai la nivelul C.M.C.F. şi în condiţiile de cantonament la sportivii din loturile sportive R.P.R.

Folosind la studierea problemei dispensarizării sportivilor experienţa şi rezultatele deosebite obţinute de Uniunea Sovietică în domeniul dispensarizării în general şi al dispensarizării sportivilor în special, experienţa instituţiilor medico-sanitare de la noi în această problemă şi experienţa noastră personală în domeniul asistenţei şi controlului medical în legătură cu practica exerciţiilor fizice, am ajuns la concluzia că avem condiţiile de bază şi deci putem trece hotărît, dar în mod judicios şi planificat, la aplicarea dispensarizării la sportivi.

In referatul de faţă vom expune probleme organizatorice şi metodologice pe care le ridică în faţa unităţilor curativo-profilactice în general şi reţelei medicale pentru cultură fizică în special, aplicarea metodei dispensarizării la sportivi.

Definiţia, scopul şi conţinutul dispensarizării sportivilor

Prin dispensarizarea sportivilor înţelegem complexul de măsuri medicale curativo-profilactice şi igienico-sanitare generale şi de specialitate pe care le iau unităţile medicale pentru cultură fizică în colaborare cu celelalte instituţii curativo-profilactice, organizaţiile de cultură fizică şi sport, sindicale, etc., prin exponentul lor, medicul de cultură fizică, pentru a contribui la perfecţionarea sportivă a sportivilor patriei noastre.

Dispensarizarea sportivilor se bazează pe adîncirea studiului individualizat al organismului sportivului (al sănătăţii, dezvoltării fizice, al stării şi posibilităţilor lui de lucru, al calităţilor somato-funcţionale, ş.a.), pe studiul diferitelor condiţii de mediu şi de antrenament şi pe influenţa variatelor

condiţii de mediu asupra sănătăţii, dezvoltării fizice, posibilităţilor de lucru, calităţilor somato-funcţionale, etc. ale fiecărui sportiv în parte.

Dispensarizarea sportivilor are ca scop :

a) Ocrotirea şi întărirea sănătăţii sportivilor.

b) Contribuţie la pregătirea sportivilor pentru muncă şi apărare.

c) Contribuţie la perfecţionarea sportivă.

St. Nikitin, în lucrarea sa „Experienţa serviciului de dispensarizare a vîrfurilor sportive la Policlinica centrală a Ministerului Sănătăţii din U.R.S.S.", spune că, printre altele, scopul principal al dispensarizării sportivilor este „contribuţia la perfecţionarea sportivilor şi prelungirea perioadei optime de activitate".

Toate aceste deziderate se obţin cu ajutorul complexului de măsuri medico-sanitare şi tehnico-sportive indisolubil legate.

Acestea sînt :

— Măsuri de călire a organismului sportivilor fruntaşi.

— Măsuri pentru îmbunătăţirea continuă a stării de antrenament şi formei sportive.

— Măsuri pentru prevenirea îmbolnăvirii sportivilor fruntaşi sănătoşi şi a traumatismelor sportive.

— Măsuri de depistare precoce, în faza funcţională sau incipientă a bolilor şi traumatismelor sportive, pentru restabilirea completă şi în cel mai scurt timp posibil a sănătăţii şi capacităţii de muncă ale sportivilor bolnavi şi traumatizaţi.

— Măsuri pentru asigurarea sportivilor şi antrenorilor, atît în cantonamente, cît şi în afara lor, a celor mai bune şi igienico-sanitare condiţii de viaţă, de muncă şi de antrenament.

— Măsuri pentru înlăturarea factorilor care au cauzat boala şi traumatismul sportiv, sau care ar favoriza agravarea şi complicarea lor, precum şi a cauzelor ce au dăunat sau pot dăuna stării de antrenament, formei şi performanţei sportive.

— Măsuri pentru formarea la sportivi şi antrenori de deprinderi igienico-sanitare şi pentru cultivarea calităţilor lor morale, voinţei lor, etc.

Pentru a ajunge la rezultate pozitive, sportivii trebuie urmăriţi activ în toate situaţiile şi în mod individualizat. Pentru fiecare sportiv trebuie realizat un regim corect general : de viaţă, de muncă şi de antrenament.

Din punct de vedere metodologic, bazaţi pe experienţa sovietică şi a noastră personală, conţinutul muncii de dispensarizare îl vedem în felul următor :

a) Un examen medico-sportiv primar (iniţial) şi examinări secundare planificate. Aceasta atît pentru controlul medical (examinări) strict legat de perioadele antrenamentului anual : pregătitoare, fundamentală şi de tranziţie — repaus activ ; cît şi pentru cazurile nosologice sau alte cazuri problemă. Ele trebuie făcute după sistemul în circuit şi conform fişei medicale pentru cultură fizică folosită în muncă de Dispensarul central pentru sportivi — Bucureşti.

b) Supravegherea individualizată a sportivilor în timpul antrenamentelor şi concursurilor, în condiţiile de cantonament zilnic, în perioadele dintre cantonamente, prin planificare periodică.

c) Studierea condiţiilor de muncă, de viaţă şi de antrenament ale spor-

tivului. Cunoaşterea lor să se facă prin vizite planificate la locul unde munceşte, trăieşte şi se antrenează sportivul. Pe baza acestor studii se va întocmi, în colaborare cu medicul igienist al sanepidului, al dispensarului pentru sportivi ş.a., un regim corect general.

d) Colaborare cu antrenorul sportivului la întocmirea unui regim şi a unei metode de antrenament (pentru fiecare sportiv în parte) cît mai raţionale.

e) Aplicarea diferitelor măsuri curative, igienice şi tehnico-sportive.

Criteriile de selecţionare a sportivilor pentru dispensarizare

Dispensarizarea la sportivi, urmărind perfecţionarea sportivă şi prelungirea perioadei optime de activitate: „antrenament" şi „performanţă", se adresează în primul rînd grupelor de sportivi sănătoşi şi abia în al doilea rînd sportivilor cu anumite forme nosologice.

Procedura selecţionării, ca şi celelalte aspecte ale dispensarizării la sportivi, ridică foarte multe probleme în faţa noastră.

Teoretic şi practic, ţinînd seama de cerinţele şi posibilităţile terenului şi de nivelul actual de dezvoltare a medicinei culturii fizice şi a culturii fizice şi sportului din ţara noastră, rezolvarea acestor probleme o vedem în felul următor:

Ţinînd seama de faptul că sportul, indiferent de formă, poate dăuna sănătăţii şi activităţilor omului, atunci cînd se practică nesistematic şi în condiţii de mediu nefavorabile, concludem că ar trebui dispensarizaţi din punct de vedere preventiv toţi cei ce practică sau doresc să practice exerciţiile fizice şi sportul.

Posibilităţile organizatorice şi greutatea de cuprindere a acestei munci de către organele medico-sanitare în general şi cele medicale pentru cultură fizică şi tehnico-sportivă în special, ne arată că nici în etapa actuală şi nici în etapele viitoare mai apropiate dispensarizarea nu poate fi extinsă la toţi cei ce practică exerciţiile fizice şi sportul.

Din marea masă a sportivilor considerăm că dispensarizarea ar trebui să îmbrăţişeze două categorii de sportivi:

a) Sportivii sănătoşi la care se urmăreşte realizarea unei stări de antrenament, formă şi performanţă sportivă din ce în ce mai bune, indiferent de clasificarea şi performanţa lor sportivă actuală.

b) Sportivii, fără deosebire, cu anumite forme de boală şi traumatisme sportive.

In etapa actuală însă, nu poate fi vorba nici de dispensarizarea tuturor sportivilor care se încadrează în aceste două grupe.

Faţă de nivelul actual de dezvoltare a reţelei medicale pentru cultură fizică (din punct de vedere organizatoric, ştiinţifico-metodologic, al pregătirii cadrelor, ş.a.) în etapa actuală considerăm că trebuie şi pot fi dispensarizaţi corect următoarele trei categorii de sportivi fruntaşi sănătoşi:

1) Toţi sportivii, maeştrii emeriţi şi maeştri ai sportului în general.

2) Toţi sportivii din loturile reprezentative sportive ale R.P.R.

3) Un număr redus de sportivi tineri şi adulţi (în raport cu puterea de cuprindere a reţelei medico-sanitare), cu calităţi somato-funcţionale bune şi

perspective promițătoare în performanță, indiferent de categoria lor sportivă (primii clasați în concursuri regionale sau locale, etc.).

Opinăm și pentru dispensarizarea sportivilor din cea de a treia categorie arătată, în special a tineretului sportiv, deoarece aceasta reprezintă și trebuie să constituie rezervele și viitorii recordmani și maeștri ai sportului R.P.R.

Cazurile nosologice ce considerăm că trebuie luate în dispensarizare sînt de două feluri : de boală și traumatisme.

După etiologia și patogenia lor, acestea pot fi de asemenea împărțite în două grupe : unele nespecifice, care pot surveni în aceeași măsură și la sportivi ca și la nesportivi, și altele specifice, adică acele maladii și traumatisme determinate și favorizate de însăși practica diferitelor discipline sportive (efortul și procedeele tehnice sportive) și factorii de mediu în care se desfășoară acestea.

Intr-o primă etapă considerăm justă și necesară luarea în dispensarizare a cazurilor de boală și traumatisme specifice practicii sportului de performanță, selecționate din categoriile cele mai importante de sportivi fruntași, adică din cele trei amintite.

Chiar și dintre acestea, accentul se pune nu atît pe sportivi cu forme nosologice grave, uneori invariabile, ci în special pe formele incipiente, reversibile, în stadiul de tulburări funcționale.

Intr-o primă etapă (experimentală) propunem dispensarizarea următoarelor forme de boală și traumatisme sportive specifice practicii sportului de performanță :

1. Supraantrenamentul.
2. Insuficiențele hepatice.
3. Sechele posttraumatice (după rupturi musculare, entorse, luxații, fracturi, leziuni de menisc).
4. Noxe caracteristice anumitor discipline sportive (conjunctivite de piscină, foliculita cicliștilor și canoterilor, duriloamele palmare la gimnaști și canoteri, etc., othematomul boxerilor și luptătorilor).

Dintre formele nosologice nespecifice ce le-am întîlnit de asemenea în procent destul de mare și la sportivi de performanță propunem dispensarizarea celor cu :

1. Gastrite cronice.
2. Hepatite icterigene și anicterigene.
3. Tulburări funcționale ovariene.

Grupele și formele nosologice nu sînt limitative. Ele pot fi restrînse sau lărgite în raport cu datele rezultate în urma analizei morbidității nespecifice și a celei specifice la sportivi și după specificul sportului.

Dispensarizarea antrenorilor o considerăm de asemenea necesară pentru faptul că marea majoritate a antrenorilor sînt foști și chiar actuali sportivi fruntași (chiar dacă nu mai sînt în loturile R.P.R.) și pentru faptul că în felul acesta, legătura între antrenor, medicul de cultură fizică și sportivi va fi și mai vie și va duce la o colaborare strînsă între cei doi tehnicieni (antrenor și medic de cultură fizică). Natural, în etapa actuală propunem dispensarizarea numai a antrenorilor sportivilor din cele trei categorii amintite, și ca ea să se facă în aceleași condiții ca și la sportivi.

Selecţionarea sportivilor pentru dispensarizare nu trebuie să fie îngustă, adică să se ţină seama numai de activitatea sportivă şi scopul ei.

O grijă deosebită trebuie dată sportivilor fruntaşi adolescenţi stahanovişti, precum şi celor ce muncesc în condiţii grele de muncă.

Durata de timp pe care trebuie dispensarizat un sportiv este în funcţie atît de activitatea şi rezultatele sale sportive, cît şi de durata bolii sau traumatismului sportiv.

Din punct de vedere al activităţii sportive, dispensarizarea unui sportiv este necesar să se facă din momentul aprecierii lui de către tehnicieni ca sportiv fruntaş, viitor maestru al sportului şi pînă la încetarea activităţii lui sportive de performanţă. Cînd condiţiile ne vor îngădui, opinăm chiar şi pentru dispensarizarea permanentă a unor categorii de sportivi fruntaşi, adică şi după ce şi-au încheiat viaţa sportivă de performanţă. Numai urmărind un sportiv fruntaş, fost recordman într-o disciplină sportivă, pînă la sfîrşitul vieţii, ne vom putea da seama de influenţa şi urmările pe care le poate avea cultura fizică şi sportul asupra organismului în întregime, asupra sănătăţii, capacităţii de muncă, asupra vieţii, în sensul prelungirii ei, ş.a.

După boală sau traumatism sportiv, sportivul trebuie dispensarizat din momentul apariţiei primelor simptome, în faza funcţională şi pînă la completa lui vindecare şi reluare în condiţii normale a activităţii profesionale şi sportive de concurs.

Stabilirea lotului de sportivi din punct de vedere numeric este de asemenea o problemă spinoasă în cadrul dispensarizării sportivilor.

Instructajul Direcţiei asistenţei medicale curativo-profilactice din M.S., privind aplicarea dispensarizării la locul de muncă, spune că numărul celor dispensarizaţi nu trebuie să depăşească cifra de 130 de oameni pentru un medic. Pentru punctul de sănătate fixează cifra maximă de 60 de oameni pentru un medic.

Ţinînd seama de greutatea de cuprindere în mod corect a nenumăratelor sarcini medicale curativo-profilactice şi igienico-sanitare generale şi speciale legate de dispensarizarea sportivilor ; de faptul că sportivii în perioada dintre cantonamente nu sînt totdeauna concentraţi într-un singur loc : din punctul de vedere al locuinţei, al locului de muncă şi antrenamentelor ; că ei sînt răspîndiţi pe un teritoriu mare ; de faptul că există doar cîteva dispensare pentru sportivi : în Bucureşti, Timişoara, Cluj, Oraşul Stalin ; că acestea trebuie să deservească sportivii fruntaşi de pe întreg teritoriul oraşului respectiv, considerăm că un medic nu poate dispensariza corect un număr prea mare de sportivi.

St. Nikitin ne arată că un medic poate dispensariza corect 40-50 de sportivi.

In cei doi ani de existenţă a C.M.C.F.-Bucureşti, noi am experimentat acest lucru în condiţiile de cantonament.

In timpul festivalului, de exemplu, pentru urmărirea activă în tot timpul zilei a sportivilor, noi am avut un medic pentru loturi numerice diferite. Unii medici au avut în grijă numai 15 sportivi, alţii 30—40 şi alţii 70 şi mai mulţi. Noi am constatat că în cantonamente numărul de 15 sportivi de medic e prea mic, iar cel de 60 de sportivi prea mare pentru un singur medic.

In condiţiile de cantonament considerăm că un medic de cultură fizică de lot, ajutat de o soră, poate dispensariza corect un număr de 30, cel mult

40 de sportivi. Aceasta numai în cazul cînd condiţiile igienico-sanitare, legate de activităţile sportivilor în cantonament şi de ceilalţi factori de mediu: cantonament, baze sportive, alimentaţie, etc. sînt asigurate anterior, din perioada de precantonament.

Pentru dispensarizarea sportivilor în afară de cantonament, în etapa actuală considerăm că este bine ca la nivelul dispensarului pentru sportivi să nu se depăşească cifra de 50 de sportivi pentru un medic (desemnat pentru dispensarizare).

Cînd componenţii unui colectiv sportiv lucrează în aceeaşi instituţie sau întreprindere şi cînd întreprinderea cuprinde în incinta ei toate bazele sportive necesare, făcînd posibilă desfăşurarea antrenamentelor în bune condiţii, un medic de cultură fizică ajutat de o soră poate dispensariza corect chiar şi 100 de sportivi sănătoşi (în cazul I.C.F., S.M.T.C.F., etc.).

Cînd antrenamentele se desfăşoară pe baze sportive răspîndite în afara incintei instituţiei, la depărtări diferite, un medic de cultură fizică nu poate dispensariza corect mai mult de 50 de sportivi.

Unui medic de cultură fizică de la nivelul policlinicii teritoriale a spitalului unificat, avînd în vedere multiplele sarcini medico-sportive ce îi revin, în etapa actuală nu trebuie să i se repartizeze pentru dispensarizare un număr mai mare de 10, cel mult 20 de sportivi fruntaşi.

Considerăm că este bine să se dea tuturor medicilor de cultură fizică, de la unităţile medicale pentru cultură fizică din toată ţara, cîte un număr de 10—20 de sportivi pentru dispensarizare.

Aceştia să fie selecţionaţi dintre sportivii fruntaşi din localitate (cînd în localitate nu sînt sportivi din lot R.P.R. şi maeştrii. Această acţiune trebuie planificată just, desfăşurîndu-se în acele localităţi unde există condiţiile de bază necesare dispensarizării corecte a sportivilor.

Metoda de lucru ce trebuie să folosim pentru selecţionarea sportivilor pentru dispensarizare este de două feluri:

a) Prima se adresează selecţionării sportivilor sănătoşi.

b) A doua se adresează selecţionării celor cu forme nosologice.

Selecţionarea sportivilor sănătoşi pentru perfecţionarea sportivă cade în sarcina: organelor tehnico-sportive: a C.C.F.S., C.C.S., asociaţiilor şi colectivelor sportive şi se face pe bază de performanţă sportivă realizată şi categoria sportivă obţinută, şi în sarcina unităţilor medicale pentru cultură fizică şi se face pe bază de examen şi aviz medico-sportiv.

Selecţionarea tineretului sportiv cu calităţi somato-funcţionale bune şi cu perspective promiţătoare în performanţă cade atît în sarcina organelor tehnico-sportive, cît şi a specialiştilor în medicina culturii fizice.

Selecţionarea cazurilor nosologice şi a cazurilor problemă cade în sarcina medicului de cultură fizică ce colaborează cu ceilalţi specialişti ai unităţii medico-sanitare.

Recrutarea formelor nosologice şi a celorlalte cazuri problemă pentru dispensarizare se face prin:

1. Examenul de control medico-sportiv primar (iniţial).

2. Examinările de control medico-sportiv, secundare, planificate (periodice).

3. Examenul iniţial şi cele periodice pentru cazuri de boală şi traumatisme sportive.

4. Sondajele medico-fiziologice-sportive din timpul antrenamentelor.
5. Analiza morbidității specifice și nespecifice în masa sportivilor.
6. Analiza rezultatelor sportive (performanță, recorduri).

In ce privește forma de asistență și control medical ce trebuie aplicată maselor de sportivi nedispensarizați și în general tuturor celor ce practică sau doresc să practice cultura fizică și sportul (indiferent de formă) noi considerăm că trebuie adoptată o formă în lumina și cît mai apropiată de cea a dispensarizării sportivilor.

M. S. Zak, medicul-șef al dispensarului pentru sportivi din Rostov pe Don, a arătat în lucrarea sa „Organizarea dispensarizării sportivilor", că în dispensarul ce conduce se practică trei forme de dispensarizare:

1. Dispensarizarea completă.
2. Dispensarizarea parțială.
3. Consultații la dispensar.

Pentru sportivii nedispensarizați, de categoria I, a II-a și a III-a sportivă, pentru juniori și tineret în general și pentru elevii S.M.T.C.F. și studenții I.C.F., propunem o formă mai complexă de asistență și control medico-sportiv decît cea de pînă acum, cu următorul conținut:

a) Un examen medico-sportiv primar (inițial) și examinări secundare planificate: pentru control medical (de 2 ori pe an), pentru cazurile nosologice după necesitate. La nivelul dispensarului pentru sportivi, acestea să se facă după sistemul în circuit și conform fișei medicale pentru cultură fizică folosită în D.C.S., iar la nivelul celorlalte unități medico-sportive tot după sistemul în circuit, dar folosind fișa medicală pentru cultură fizică M.S. model „x san. 114".

b) Urmărirea condițiilor de mediu și a regimului de antrenament în general (sondaje).

c) Aplicarea diferitelor măsuri curativo-profilactice și igienico-sanitare.

Pentru aspiranții G. M. A., participanții la competiții de masă, excursii turistice, etc. fără categorie sportivă și pentru copii și tineretul studios din școlile de toate gradele ce participă numai la programa obligatorie de educație fizică școlară, propunem folosirea formei de asistență și control medical pentru cultură fizică de pînă acum, și anume:

a) Examene medicale pentru cultură fizică inițiale, periodice și ocazionale, atît pentru control medical, cît și în caz de boală și traumatisme sportive.

b) Aplicarea diferitelor măsuri curativo-profilactice și igienico-sanitare generale.

In afară de sportivii fruntași sănătoși și cei cu diferite forme de boală și traumatisme sportive, mai pot fi dispensarizate și alte cazuri problemă. Pot fi dispensarizați, de exemplu, sportivi pentru a li se aprecia starea de antrenament; alții numai pentru aprecierea calităților somato-funcționale, alții pentru a se constata cauza scăderii nivelului performanței sportive; alții pentru a se cerceta pe bază experimentală adaptarea lor la eforturile maximale; alții pentru a li se determina tipul de activitate nervoasă superioară, etc.

Instituțiile medico-sanitare și medicii în sarcina cărora cade dispensarizarea sportivilor

Numărul mare de sportivi fruntași; răspîndirea lor în toată țara: la orașe, sate, întreprinderi, gospodării colective, etc.; capacitatea de cuprindere redusă a rețelei medicale pentru cultură fizică în etapa actuală, ș. a., face ca dispensarizarea sportivilor, chiar și a celor din loturile R. P. R., să îmbrățișeze în unele cazuri o formă organizatorică diferită de cea a dispensarizării în general și a sportivilor în special.

Faptul că avem sportivi fruntași din loturile R. P. R. în localități unde medicul de cultură fizică specializat lipsește din unitățile medico-sanitare la Jimbolia, Cisnădie, Salonta, etc. ne arată că în aceste cazuri dispensarizarea sportivilor cade în sarcina celorlalți medici specialiști ai unităților medicale curativo-profilactice din localitate.

Ținînd seamă de noua formă organizatorică a rețelei de unități medicale pentru cultură fizică, rezultată în urma reprofilării vechii rețele prin ordinul M. S. nr. 56/1954, și de forma organizatorică a rețelei medicale curativo-profilactice din țara noastră, rezultată în urma unificării, în faza actuală, dispensarizarea sportivilor o vedem realizabilă în felul următor:

a) Dispensarizarea sportivilor la nivelul dispensarelor pentru sportivi: la București, la nivelul Dispensarului central pentru sportivi, iar la Cluj Timișoara și Orașul Stalin la nivelul dispensarelor regionale pentru sportivi. La acest nivel ea trebuie făcută de un medic de cultură fizică repartizat la un număr anumit de sportivi fruntași ce se antrenează pentru performanță. Formele nosologice vor intra în supravegherea medicilor specialiști ai dispensarelor pentru sportivi. Și în primul caz și în al doilea se impune colaborarea dintre medicul de cultură fizică ce dispensarizează și ceilalți specialiști din dispensar, sanepid, etc.

b) La nivelul întreprinderilor și instituțiilor cu colective sportive bine închegate și cu un număr mare de sportivi, la nivelul școlilor S. M. T. C. F. și I. C. F. unde sînt organizate servicii medicale pentru cultură fizică, dispensarizarea sportivilor din aceste întreprinderi și instituții cade în sarcina medicului de cultură fizică al acestor întreprinderi și instituții.

La dispensarizarea tuturor cazurilor de sportivi sănătoși, bolnavi sau traumatizați selecționați, medicul de cultură fizică va colabora cu specialiștii spitalului unificat de care depinde și în a cărei rază teritorială se află întreprinderea.

c) In localitățile sau teritoriile unde nu sînt dispensare pentru sportivi, dispensarizarea sportivilor ce se antrenează pentru performanță, a cazurilor nosologice și a altor cazuri problemă, cade: în sarcina policlinicilor spitalelor unificate pentru adulți și copii și policlinicilor pentru studenți care au servicii medicale pentru cultură fizică cu medici de cultură fizică.

d) In localitățile unde și acestea lipsesc, ea cade în sarcina medicului internist al circumscripției spitalului unificat, de secție, al serviciului medico-sanitar, de întreprindere, pentru toate cazurile selecționate.

Atît în situația de la punctul *b*, cît și în cele de la punctele *c* și *d*, medicul de cultură fizică responsabil regional va colabora cu aceste unități,

participînd activ la stabilirea şi luarea tuturor măsurilor necesare, urmărind executarea lor şi va păstra evidenţa sportivilor dispensarizaţi.

Dispensarizarea copiilor şi tineretului (pînă la 16 ani) la care cultura fizică se indică pe primul plan în scop profilactic şi curativ, considerăm că trebuie să se facă la nivelul policlinicilor unificate pentru copii, care au dispensar pentru cultură fizică medicală sau serviciu medical pentru cultură fizică, de medicii de cultură fizică în colaborare cu medicii specialişti ai policlinicii.

Pentru desfăşurarea în bune condiţii a dispensarizării sportivilor, trebuie respectată teritorializarea medico-sportivă care trebuie să fie cît mai strîns legată de teritorializarea sanitară în general. Trebuie instituită şi o colaborare fructuoasă între medicii unităţilor medicale pentru cultură fizică şi cei din celelalte instituţii sanitare curativo-profilactice din teritoriul arondat.

Cazurile problemă medico-sportive (de sportivi sănătoşi sau cu forme nosologice) ce nu pot fi rezolvate la nivelul unei unităţi medicale pentru cultură fizică din întreprindere, policlinică, etc., considerăm că trebuie să fie trimise spre rezolvare dispensarului regional pentru sportivi cel mai apropiat, iar unele chiar la Dispensarul central pentru sportivi.

Dispensarele pentru sportivi sau spitalele unificate ce au medic de cultură fizică pot selecţiona pentru dispensarizare şi din cazurile de sportivi trimişi din teren, ţinînd seama de însemnătatea cazului şi puterea de cuprindere a muncii de dispensarizare din partea instituţiei.

Din punct de vedere organizatoric, dispensarizarea sportivilor la nivelul Dispensarului central pentru sportivi — Bucureşti diferă în oarecare măsură de cea a celorlalte dispensare regionale pentru sportivi.

Cum numărul cel mai mare de sportivi fruntaşi, componenţi ai loturilor R. P. R., maeştri ai sportului etc. sînt stabiliţi în Capitală şi cum D. C. S. îi revine ca sarcină dispensarizarea loturilor sportive reprezentative R. P .R., atît în condiţiile de cantonament, cît şi în deplasarea lor în străinătate, se poate pune în practică următoarea formă organizatorică pentru dispensarizarea sportivilor fruntaşi.

Faţă de condiţiile ce le are la îndemînă D. C. S., dispensarizarea sportivilor sănătoşi din categoriile : 1, 2 şi 3 poate să o organizeze pe loturi şi ramuri sportive, repartizînd pentru fiecare medic de cultură fizică un anumit număr de sportivi din aceeaşi ramură sportivă. Această măsură va da posibilitatea să se aplice şi mai larg şi la timp măsurile complexe: curativo-profilactice şi sanitare arătate, în indisolubilă legătură cu cele tehnico-sportive.

Faptul că acelaşi medic poate să urmărească acelaşi sportiv, atît în condiţiile de cantonament, unde-l supraveghează şi îndrumează zilnic, cît şi în perioadele dintre cantonamente, ne oglindeşte viu justeţea acestei măsuri şi a foloaselor reale ce putem trage de pe urma ei. Natural, această măsură organizatorică nu se poate aplica decît la nivelul D. C. S. Nici chiar D. C. S. în această primă etapă nu o poate aplica complet, deoarece nu poate cuprinde decît loturile din 10 ramuri sportive. Ca să le poată cuprinde pe toate, îi mai trebuie încă 10-15 medici de cultură fizică (pentru dispensarizare).

Celelalte dispensare pentru sportivi considerăm că trebuie să meargă în această etapă prin repartizarea unui lot de sportivi din grupele 1, 2 şi 3, pe medic, indiferent de ramura sportivă. Pentru aceasta şi ele trebuie să dispună de un număr de medici de cultură fizică, în afară de specialiştii serviciilor de dispensar, care să dispensarizeze loturile numerice de sportivi stabilite.

Pentru sportivii din loturile celorlalte ramuri sportive, pentru care în etapa actuală nu avem medici (dispensarizatori), se va putea adopta a doua formă de asistenţă şi control medico-sportiv menţionată.

Sportivii fruntaşi din loturile R. P. R. sau maeştrii sportului a căror activitate sportivă de concurs şi performanţă au fost compromise definitiv în urma unei boli sau traumatism sportiv, considerăm că trebuie dispensarizaţi în continuare de unităţile medicale pentru cultură fizică cel puţin pînă la restabilirea capacităţii lor de muncă. Numai după aceea să fie redaţi unităţilor medicale curativo-profilactice teritoriale de care depind. Cînd condiţiile materiale ne vor permite, este de dorit ca şi ei să fie dispensarizaţi pînă la sfîrşitul vieţii lor, aşa după cum am arătat.

Condiţiile de bază necesare dispensarizării corecte a sportivilor

Succesul dispensarizării este condiţionat de organizarea complexului de măsuri pe care trebuie să le realizeze întreaga reţea medico-sanitară, pe de o parte, şi organizaţiile de cultură fizică şi sport, pe de altă parte, şi de unitatea de acţiune a medicilor de toate specialităţile şi tehnicienilor sportivi, într-o colaborare strînsă.

Medicii sanepidului, de exemplu, sînt chemaţi să rezolve, în colaborare cu medicii reţelei medicale pentru cultură fizică în special, şi a reţelei curativo-profilactice în general: problemele de igienă şi fiziologie a muncii şi sportului; de igiena alimentaţiei sportivilor; de salubritate; de igienă a cantonamentelor şi bazelor sportive; a apei şi solului, etc. Ei trebuie să realizeze împreună măsuri complexe, în vederea îmbunătăţirii continue a condiţiilor de muncă, de viaţă şi de antrenament ale sportivilor.

Tehnicienii de cultură fizică şi sport de la nivelul C. C. F. S. central şi C. C. F. S. locale, de la nivelul C. C. S., asociaţiilor sportive, colectivelor şi cantonamentelor sportive, la rîndul lor, trebuie să realizeze de asemenea măsuri complexe care să ducă la îmbunătăţirea acestor condiţii.

Deci, numai printr-un efort comun, avînd la bază colaborarea strînsă şi sprijinul reciproc în muncă, se vor putea crea condiţiile cele mai favorabile pentru a realiza unitatea de acţiune în munca curativo-profilactică, procesul perfecţionării sportive şi în munca sanitaro-antiepidemică cerute de dispensarizarea sportivilor şi procesul perfecţionării sportive, legate indisolubil.

La întrebarea dacă avem asigurate condiţiile de bază necesare punerii în aplicare a dispensarizării sportivilor, considerăm că putem răspunde afirmativ şi deci putem trece, practic, la dispensarizarea sportivilor.

Prin ridicarea continuă a nivelului de trai material şi cultural al oamenilor muncii, prin grija deosebită faţă de mişcarea de cultură fizică şi sport şi faţă de sportivii fruntaşi din ţara noastră şi prin întărirea instituţiilor de ocrotire a sănătăţii publice în general şi de medicina culturii

fizice în special, partidul şi guvernul asigură condiţiile de bază pentru realizarea scopurilor multiple pe care le are dispensarizarea sportivilor.

Unificarea, crearea sanepidurilor, a serviciilor medico-sanitare de întreprindere şi a reţelei medicale pentru cultură fizică, compusă din dispensare pentru sportivi şi servicii medicale pentru cultură fizică, sînt reforme organizatorice importante, cu ajutorul cărora se poate aplica larg munca profilactică şi curativă şi ea poate fi orientată în lumina învăţăturii înaintate a lui I. P. Pavlov.

Datorită acestor realizări, calitatea muncii medicale se va îmbunătăţi mereu.

Reţeaua medicală pentru cultură fizică, reprofilată prin ordinul M. S. nr. 56/II.1954, în dispensare pentru sportivi, dispensare de cultură fizică medicală şi servicii medicale pentru cultură fizică, este o verigă de bază în lanţul măsurilor complexe pe care se sprijină dispensarizarea sportivilor, mişcarea de cultură fizică şi sport de mase şi sportul de performanţă.

Singura condiţie care mai trebuie realizată practic şi care depinde mai mult de tehnicienii de cultură fizică şi sport, ca profesorii şi instructorii de cultură fizică, antrenorii sportivi, arbitrii, membrii consiliilor colectivelor sportive, conducătorii cantonamentelor, de organele lor tutelare, şi chiar de sportivi, este: respectarea obligativităţii controlului medical şi a prescripţiilor medicale.

Condiţiile de bază necesare punerii în aplicare a dispensarizării sportivilor sînt următoarele:

1. Teritorializarea asistenţei şi controlului medico-sportiv în conformitate cu normele în vigoare. Teritorializarea medico-sportivă trebuie să fie strîns legată de teritorializarea asistenţei medicale în general. Ea diferă numai atunci cînd într-un teritoriu stabilit lipseşte medicul de cultură fizică.

2. Prezenţa în unele din spitalele unificate din localitate, în afară de medicii specialişti necesitaţi de dispensar în general, şi a medicului de cultură fizică calificat, sau prezenţa în localitate a unui dispensar pentru sportivi, care să aibă toate serviciile de specialitate şi medici de cultură fizică pentru dispensarizare şi staţionar. Contribuţia activă a sanepidului este absolut necesară.

3. Cunoaşterea morbidităţii nespecifice şi specifice la sportivi: boli şi traumatisme sportive.

4. Cunoaşterea condiţiilor de viaţă, de muncă şi a celor de antrenament în special şi a stării lor igienico-sanitare.

5. Cunoaşterea ficărui caz în parte: din punct de vedere medico-fiziologic-sportiv şi tehnico-sportiv.

6. Existenţa de condiţii corespunzătoare pentru antrenament: antrenori calificaţi, baze şi materiale sportive corespunzătoare, responsabili sportivi, etc.

Cînd în unele teritorii sau întreprinderi, în prezent nu sînt asigurate condiţiile de antrenament, dispensarizarea se va aplica odată cu realizarea acestora.

Eficiența și avantajele aplicării dispensarizării la sportivi

Aplicarea dispensarizării la sportivi ne dă posibilitatea să luăm nenumărate, variate și importante măsuri, care să ne ducă la noi realizări în domeniul ocrotirii sănătății sportivilor, culturii fizice și sportului de mase și celui de performanță.

Prin aceasta se cere ca urmărirea de dispensar a sportivilor să se facă activ (individualizat) și în bune condiții, iar măsurile profilactice, terapeutice și cele tehnico-sportive, indisolubil legate, să se bazeze pe ultimele realizări ale științei medicale, fiziologiei, igienei, culturii fizice și sportului, etc. și să fie cele mai eficace și potrivite.

In ce privește ocrotirea sănătății sportivilor dispensarizați, de exemplu, în afară de măsurile terapeutice: medicamentoase, agenți fizici ș. a., se vor putea lua măsuri pentru: trimiterea la cură sanatorială și balneară în caz de nevoie; trimiteri la case de odihnă; programarea la cantina dietetică; asigurarea curei de ape minerale și alimentației suplimentare; ș. a. Conform dispozițiilor existente, sportivii și antrenorii în cantonamente și semicantonamente beneficiază de medicamente gratuite și de specialități medicale, indiferent de afecțiune, etc.

In ce privește îmbunătățirea condițiilor de muncă se vor putea lua măsuri în colaborare cu C.C.S., asociațiile, uniunile și organizațiile sindicale, pentru schimbarea locului de muncă și reducerea programului de muncă în caz de nevoie; pentru scoateri din producție și concedii limitate în timpul concursurilor; schimbarea serviciului în ture cu serviciul de zi și permanent; schimbarea serviciului de noapte cu cel de zi; organizarea rațională a timpului în general și a celui liber în special, etc.

Pentru îmbunătățirea condițiilor de antrenament se vor putea lua măsuri în colaborare cu organele tehnice sportive, pentru folosirea de către sportivii dispensarizați a celor mai bune și igienice baze sportive din localitate; asigurarea permanentă a echipamentului și materialelor sportive necesare; folosirea antrenorilor cei mai pricepuți; măsuri și mijloace de protecție pentru prevenirea accidentelor sportive; organizarea de cantonamente și tabere sportive; etc.

In vederea perfecționării sportive, prin urmărirea activă individuală a sportivilor de medicul de cultură fizică și antrenori, se vor putea lua măsuri pentru individualizarea antrenamentului pe baze științifice: medicale, fiziologice și igienice; cultivarea calităților somato-funcționale și a celor morale și de voință, etc.

Ca avantaje, dispensarizarea sportivilor efectuată în bune condiții și în lumina celor arătate în lucrarea de față, va ajuta la cunoașterea, la stabilirea și luarea măsurilor complexe necesare și la îmbunătățirea continuă, atît a factorilor care influențează sănătatea și performanța, cît și a acestora înșeși (a sănătății și performanței).

Dispensarizarea ne va duce la cunoașterea stării de sănătate și a morbidității la sportivi; la cunoașterea dinamicii modificărilor morfofuncționale ce survin în organismul sportivilor în urma practicii sistematice sau nesistematice a exercițiilor fizice și sportului de performanță; la cunoașterea condițiilor de mediu și a influențelor acestora asupra sănătății, dezvoltării fizice, stării de antrenament și performanței sportive;

la scăderea morbidităţii specifice şi nespecifice şi în special a traumatismelor sportive la sportivi; la reducerea numărului celor scutiţi de la artrenamente şi a zilelor de incapacitate de muncă, de antrenament şi concurs; la reducerea apreciabilă a numărului de consultaţii ambulatorii pentru boală şi traumatisme; la creşterea nivelului performanţei sportivilor patriei noastre; la ridicarea nivelului profesional al medicilor de cultură fizică şi antrenorilor şi a calităţii muncii lor; la încrederea deosebită a sportivilor în medicul de cultură fizică şi antrenor şi în prescripţiile lor; la creşterea prestigiului medicinei culturii fizice din ţara noastră şi a culturii fizice şi sportului romînesc însuşi.

BIBLIOGRAFIE

* Unele rezultate ale discuţiilor asupra dispensarizării. **Sov. zdravoohranenie,** 1953, nr. 5.

* Dispensarizarea, forma superioară a asistenţei medicale a populaţiei. **Med. rabotnik,** 1953, nr. 17.

1. ANANIEV N. A. Cîteva probleme de dispensarizare. **Sov. zdravoohranenie, 1953,** nr. 3.
2. BATKIS G. A. Organizarea sănătăţii publice. Edit de stat Buc. 1950.
3. Dr. BRUCER M. Insemnări pe marginea dispensarizării. **Rev. Ocrotirea sănătăţii în R.P.R.,** 1953, nr. 6.
4. Dr. CHIRIAC D. Sistemul de evidenţă în aplicarea metodei dispensarizării în întreprinderi. **Rev. Ocrotirea sănătăţii în R.P.R.,** 1953, nr. 4.
5. DESIN. D. Dispensarul medical pentru cultură fizică. 1953, nr. 70.
6. Conf. Dr. DIMITRIU V. Dispensarizarea, mijloc de creştere a calificării medicilor. **Rev. Ocrotirea sănătăţii în R.P.R.,** 1953, nr. 5.
7. FLOREA I. Dispensarizarea sportivilor fruntaşi. **Muncitorul sanitar,** anul V, 1954, nr. 12/197.
8. GURBATOVA G. M. Despre metodologia dispensarizării populaţiei. **Sov. zdravoohranenie,** 1952, nr. 1.
9. IALOMIŢEANU M. ŞI COLABORATORII. Organizarea asistenţei medicale în întreprinderile industriale. **Rev. Ocrotirea sănătăţii în R.P.R.,** 1952, nr. 1.
10. Prof. Dr. ILEA T., Conf. Dr. GROSZ G., Dr. APOSTOL N. Dispensarizarea, metodă superioară de asistenţă medicală a populaţiei. **Rev. Ocrotirea sănătăţii în R.P.R.,** 1953, nr. 5.
11. KULESOV V. ŞI COLABORATORII. Să luptăm împotriva denaturărilor în aplicarea dispensarizării. **Med. rabotnik,** 1953, nr. 41.
12. LESKOVA S. Dispensarizarea în mediul rural. **Med. rabotnik,** 1953, nr. 28.
13. Dr. LUDU REMUS. Din experienţa primului an de activitate a Centrului medical pentru cultură fizică — Bucureşti. **Caietul documentar de medicina culturii fizice,** 1952, nr. 4.
14. Dr. LUDU REMUS. Dr. VASILESCU T., Dr. ZEGA N., Dr. CONSTANTINESCU C. Cum au fost organizate şi asigurate asistenţa şi controlul medico-sportiv în timpul întrecerilor sportive internaţionale prieteneşti din cadrul celui de al IV-lea Festival Mondial al Tineretului şi Studenţilor pentru Pace şi Prietenie. **Rev. Ocrotirea sănătăţii în R.P.R.,** 1953, nr. 5.
15. Dr. LUDU REMUS. Din experienţa cîştigată în urma dispensarizării sportivilor loturilor R.P.R. în timpul întrecerilor sportive internaţionale prieteneşti din cadrul celui de al IV-lea Festival Mondial al Tineretului şi Studenţilor pentru Pace şi Prietenie. — **Caietul documentar de medicina culturii fizice,** 1954.
16. MAISTRACH K. V. Metoda dispensarizării în etapa actuală a ocrotirii sănătăţii publice în U.R.S.S. **Sov. zdravoohranenie, 1953, nr. 1.**
17. Minist. Sănătăţii, Dir. asist. medic. curativo-profilactice. Instrucţiuni privind aplicarea dispensarizării la locul de muncă, formă superioară de asistenţă medicală curativo-profilactică a celor ce muncesc. Ordin nr. . . . 1954. –

18. NIKITIN ST. Experienţa serviciului de dispensarizare a vîrfurilor sportive la policlinica centrală a Ministerului Sănătăţii. Din broşura : Controlul medical în procesul perfecţionării sportive, edit. 1952.
19. Dr. PRUTEANU P., Dr. RUGINĂ V. Sistemul de evidenţă în aplicarea metodei dispensarizării în întreprinderi. **Rev. Ocrotirea sănătăţii în R.P.R.**, 1953, nr. 6.
20. Dr. RUGINĂ V., Dr. KAUFMAN S., Dr. GOLDNER P., Dr. FLOREA M. Cum au aplicat metoda dispensarizării la o mare întreprindere textilă din Iaşi. **Rev. Ocrotirea sănătăţii în R.P.R.** în 1953, nr. 4.
21. Dr. SORTAN V. Aspecte ale aplicării metodei dispensarizării la o fabrică metalurgică din Cluj. **Rev. Ocrotirea sănătăţii în R.P.R.**, 1953, nr. 4.
22. ŞTEFANOV A. G. Metoda dispensarizării în deservirea populaţiei rurale. **Rev. Ocrotirea sănătăţii în R.P.R.** 1953, nr. 5.
23. STOIKOVA N. F. Tehnica studierii morbidităţii însoţită de incapacitatea temporară de muncă. **Sov. zdravoohranenie,** 1953, nr. 5.
24. ZAK M. G. Organizarea dispensarizării sportivilor. **Caiet docum. de med. cult. fizice,** 1953, nr. 3; Edit. Centr. de document. a M. S.
25. GROM L. Dispensarizarea şi aplicarea ei în spitalul unificat de adulţi. **Muncitorul sanitar,** 1953, nr. 26.

★

ДИСПЕНСАРИЗАЦИЯ СПОРТСМЕНОВ

Советский, а также и наш опыт учат нас, что самой соревшенной формой медицинского обслуживания, которая должна применяться также и в области физкультуры и спорта является диспенсаризация.

Диспенсаризация лиц занимающихся спортом, ставя своей целью спортивное усовершенствование и продление оптимального периода для занятий спортом — периода „тренировки и рекордов" спортсменов — должна охватить в первую очередь здоровых лиц, занимающихся спортом, и во вторую очередь — спортсменов, болеющих обратимыми формами заболеваний, специфических или же неспецифических для практики спорта.

Диспенсаризация спортсменов лежит на обязанности специальных диспансеров для спортсменов, а там где этих диспансеров нет — на обязанности объединенных больниц имеющих врача по физкультуре.

Успех диспенсаризации лиц, занимающихся спортом, обусловливается комплексом лечебно-профилактических, санитарно-гигиенических и спортивно-технических мероприятий, которые должны быть осуществлены, с одной стороны, всей медицинской сетью физкультурных и лечебно-профилактическнх учреждений, с другой стсроны, физкультурными и спортивными организациями, при единых методах работы и тесном сотрудничестве врачей всех специальностей, а также и спортивно-технических работников.

★

LE CONTRÔLE DES SPORTIFS DANS LES DISPENSAIRES

L'expérience des médecins soviétiques et roumains nous montre que l'assistance médicale de haute qualité qui doit être appliquée également dans le secteur de la culture physique et du sport peut être assurée par les dispensaires.

Les soins donnés aux sportifs par les dispensaires, ayant comme but le perfectionnement sportif et la prolongation de la période optima d'activité, de ceux-ci, de l'„entraî-

nement et de la performance" des sportifs, s'adresse en premier lieu aux groupes de sportifs bien portants et seulement en second lieu aux sportifs souffrant de certaines maladies réversibles, spécifiques où non-spécifiques de la pratique du sport.

Les soins donnés aux sportifs sont à la charge des dispensaires affectés spécialement aux sportifs, et à défaut de ceux-ci, à la charge des hôpitaux unifiés pour adultes, ayant un médecin spécialisé dans la pratique médicale des affections en relation avec la culture physique.

Le succés dans l'application des soins donnés aux sportifs dans les dispensaires est conditionné par l'ensemble des mesures curatives et prophylactiques, hygièniques et sanitaires, ainsi que les mesures techniques, spécifiques à l'activité sportive ; ces mesures doivent être prises par la totalité de l'organisations sanitaire pour la culture physique et de celle curative et prophylactique, d'une part, et les organisations de culture physique de l'autre ; le succés sera assuré par l'unité d'action des médecins appartenant à toutes les spécialités et par les techniciens sportifs, dans une étroite collaboration.

CERCETĂRI ASUPRA ORGANIZĂRII OCROTIRII SĂNĂTĂȚII FEMEII MUNCITOARE IN PROFILUL OBSTETRICO-GINECOLOGIC

Dr. MONA MIRCEA, Dr. CRÎNGU MIRCEA
și un colectiv de colaboratori externi
(Lucrare efectuată în Centrul de obstetrică și ginecologie)

Femeia muncitoare din țara noastră dă din plin contribuția ei de muncă pentru dezvoltarea industriei, agriculturii și culturii socialiste. In cursul anilor 1950—1953 de pildă, creșterea proporțională a femeilor angajate în industria metalurgică este de 78%, în textile 15%, în industria alimentară 12%. Intr-o serie de ramuri industriale, în special în industria ușoară (alimentară, textilă, confecții, etc.) sînt angajate de preferință femei. In sectorul agriculturii socialiste, aportul femeii muncitoare este dintre cele mai însemnate. De la 31 decembrie 1950 pînă la 31 decembrie 1953, numărul femeilor înscrise în gospodării colective a crescut cu 47,6%. De asemenea, a crescut vertiginos și numărul femeilor muncitoare din sectorul cooperatist, ajungînd la o proporție de 22,8% la 31 decembrie 1953, față de sfîrșitul anului 1951.

Problemele complexe strîns legate de organizarea asistenței medicale în profilul obstetrico-ginecologic au fost rezolvate pentru prima dată în tr-un mod strălucit, în U.R.S.S. Experiența vastă a medicinei sovietice în domeniul ocrotirii sănătății femeii muncitoare demonstrează că izvorul succeselor obținute rezidă în faptul că ocrotirea femeii, mamei și a copilului face parte integrantă din politica de stat a regimului sovietic.

In condițiile de muncă existente în U.R.S.S., în majoritatea ramurilor industriale, munca femeilor nu a dus de loc la o creștere a îmbolnăvirii acestora, în comparație cu bărbații, așa cum se întîmplă în țările capitaliste, unde femeia muncitoare, crunt exploatată, supusă eforturilor fizice și mizeriei, prezintă un procent ridicat de stări morbide ale sferei genitale. După statisticile publicate de B.I.T. (Biroul internațional al muncii) în Statul New York, în timp ce indicele mediu de morbiditate la 100 de bărbați muncitori era 10,11%, la femei era de 15,37%. Statisticile angleze arată o morbiditate de 15,30% la femei, față de 11% la bărbați. Este de subliniat și lipsa măsurilor profilactice de protecția femeii, mamei și copilului, precum și inaccesibilitatea pentru majoritatea femeilor muncitoare, la asistența medicală calificată, aceasta fiind acordată de medicii particulari, la un preț foarte ridicat.

Referitor la situația asistenței medicale de specialitate acordată în cea mai bogată țară capitalistă, în Statele Unite, este caracteristică mortalitatea maternă ridicată (5% la naștere). Rețeaua spitalelor particulare, deși foarte întinsă în S.U.A., nu poate fi utilizată de marea masă a oamenilor muncii. De altfel, cheltuielile pentru asigurarea asistenței spitalicești provin din următoarele surse: filantropie 5%, guvern 14%, muncitorii prin rețele de asigurări sociale 79%, iar industriașii și deținătorii marilor trusturi și a unor profituri fabuloase contribuie numai cu 2%.

In patria noastră ocrotirea sănătății oamenilor muncii, a femeii, mamei și copilului devenind problemă importantă de stat, soluționarea ei, ca și în Uniunea Sovietică, necesită, alături de instituții noi curativo-profilactice,

cadre de specialitate calificate, măsuri economice, legislative şi administrativo-organizatorice foarte variate, pentru ca toate aceste aspecte complexe şi multiple să se poată soluţiona la un nivel corespunzător cerinţelor actuale.

Legile ţării şi codul muncii asigură femeii muncitoare şi gravidelor toate condiţiile unei sarcini, naşteri şi lăuzii normale, precum şi condiţii bune de lucru, prin :

— Reglementarea muncii femeii gravide (art. 88 codul muncii);
— Concediu pre- şi postnatal (art. 89 codul muncii);
— Schimbarea locului de muncă al femeii gravide (art. 90 codul muncii);
— Scutirea de muncă de noapte a gravidelor începînd din luna a VI-a (art. 91 codul muncii);
— Includerea timpului de alăptare în orele reglementare de muncă (art. 92 codul muncii);
— Concediul mamei pentru îngrijirea copilului bolnav pînă la 2 ani (art. 93 codul muncii);
— Infiinţarea de creşe şi cămine de zi, săptămînale şi sezoniere (H. C. M. 586);
— Măsuri privind ocrotirea copilului (H. C. M. 297);
— Ajutor familial de stat pentru mame singure ;
— Ajutor familial de stat pentru familii cu mai mulţi copii ; medalii şi distincţii pentru mame cu mulţi copii;
— Asistenţă medicală de specialitate gratuită la locul de muncă, în întreprinderile cu multe femei muncitoare, medicamente gratuite pentru gravide, sanatorii de noapte, sanatorii balneare, case de odihnă, etc.

Unificarea maternităţilor cu serviciile de consultaţii a contribuit şi la noi la ridicarea calităţii asistenţei medicale de specialitate. La acestea se mai adaugă hotărîrile Partidului Muncitoresc Romîn din 19-20 august 1953, privind îmbunătăţirea continuă a condiţiilor de viaţă şi de muncă ale oamenilor muncii.

Codul familiei, votat de Marea Adunare Naţională la 29 decembrie 1953, constituie o nouă mărturie vie a grijii puterii populare pentru întărirea şi ocrotirea căsătoriei, a familiei, pentru apărarea intereselor femeii muncitoare, mamei şi copilului.

★

In cadrul temei noastre de cercetare s-au studiat în 45 de întreprinderi din ţară, organizarea şi funcţionarea asistenţei medicale în acest profil, avînd concursul unui colectiv larg de colaboratori externi, medici obstetricieni-ginecologi din întreprinderi şi din diferite maternităţi din ţară.

Din cercetarea făcută rezultă că în întreprinderile unde există cabinete medicale de specialitate şi medici obstetricieni-ginecologi, asistenţa medicală de specialitate este efectiv asigurată şi se bazează pe următoarele principii:

— Acordarea asistenţei medicale de specialitate la locul de muncă sau în imediata apropiere a acestuia.

— Profilaxia afecţiunilor ginecologice şi a complicaţiilor sarcinii şi naşterilor, prin eliminarea elementelor nocive pe care le pot provoca anumite condiţii de muncă: ridicarea de greutăţi, trepidaţii, vibraţii, ortostatism, poziţie forţată, etc.

— Teritorializarea în cadrul serviciului medico-sanitar de întreprindere, rezolvată prin repartizarea pe ateliere a medicilor obstetricieni-ginecologi, acolo unde există mai mulţi medici de specialitate (fabrica „7 Noiembrie", întreprinderile „23 August", „F. R. B." din Bucureşti, fabrica „Ianoş Herbac" din Cluj, etc.).

Cele 24 833 de muncitoare din 45 de întreprinderi cercetate se repartizează astfel, pe ramuri de producţie:

Intreprinderi textile	9 897	muncitoare
„ metalurgice	3 069	„
Laboratoare	430	„
Transporturi	3 058	„
Curăţenie publică	544	„
Birouri	1 791	„
Diverse	6 044	„

Din total se scad 2 335 muncitoare aparţinînd unor întreprinderi incomplet studiate, astfel încît rămîn în cercetare 22 498 femei muncitoare.

In 20 din întreprinderile studiate de noi, s-a efectuat în cursul anilor 1952-1953, din iniţiativa şi cu sprijinul Centrului de obstetrică şi ginecologie şi a Institutului oncologic, depistarea afecţiunilor inflamatorii, a stărilor precanceroase şi canceroase ale sferei genitale la femei, la un număr de 15 000 de femei. In cadrul acestei acţiuni de depistare s-au găsit 30 de cazuri de tumori maligne.

Ca urmare a acestei acţiuni, au fost dispensarizate 1 089 muncitoare cu afecţiuni inflamatorii metro-anexiale, cu stări precanceroase şi canceroase. De asemenea, au fost dispensarizate femeile gravide, majoritatea în primele luni ale sarcinii, în întreprinderile cu medici obstetricieni-ginecologi.

In întreprinderile studiate s-a acordat o grijă deosebită respectării dispoziţiilor codului muncii, s-a urmărit şi educaţia sanitară, prin convorbiri individuale, conferinţe şi lămuriri duse cu ocazia muncii de teren făcute în ateliere.

De asemenea, s-a constatat că prin colaborarea medicului obstetrician-ginecolog de întreprindere cu direcţia medicală, direcţia administrativă şi organizaţiile de masă, s-a reuşit îmbunătăţirea condiţiilor de muncă şi de trai, prin realizarea unor măsuri tehnico-organizatorice şi administrative, ca:

— Mecanizarea muncii, aerisirea bună a sălilor de muncă, pauze în timpul lucrului, respectarea întocmai a prescripţiilor medicale privind repartizarea la muncă uşoară a gravidelor şi ginecopatelor, supravegherea bunei funcţionări a instalaţiilor sanitare, băi, duşuri, lavabouri, W. C.-uri, etc.; acordarea materialului de protecţie corespunzător muncii şi a suplimentului de lapte pentru muncitoarele care lucrează în mediu toxic.

—In 3 din 15 întreprinderi în care se lucrează şi noaptea, s-au înfiinţat creşe şi cămine săptămînale şi în 5 întreprinderi, locuinţe muncitoreşti sau cămine pentru muncitoare tinere necăsătorite.

Prin toate aceste măsuri s-a contribuit la buna organizare a muncii şi ocrotirii sociale a femeii muncitoare.

Datele obţinute pe teren privind participarea femeilor la muncă în diferite ramuri de producţie arată o proporţie de 69,7% femei în întreprinderi textile, 37,1% în birouri, 36,7% în diferite întreprinderi, 18% în metalurgie.

RAPORTUL: FEMEI-BĂRBAŢI

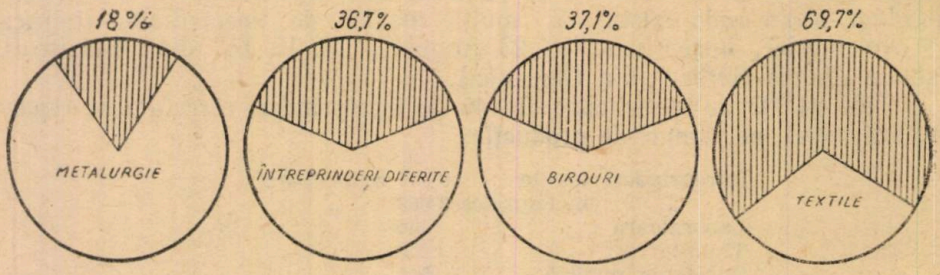


Fig. 1

In industria textilă, în 4 întreprinderi mari, 48,51% din femei sînt sub vîrsta de 30 de ani, iar din acestea 28,1% sînt sub vîrsta de 20 de ani.

Din totalul de 22 498 femei din întreprinderile ce au făcut obiectul cercetării noastre, proporţia de femei căsătorite este de 37,8%. In principalele ramuri de producţie, femeile căsătorîte reprezintă următoarea proporţie:

FEMEI CĂSĂTORITE 37,8%

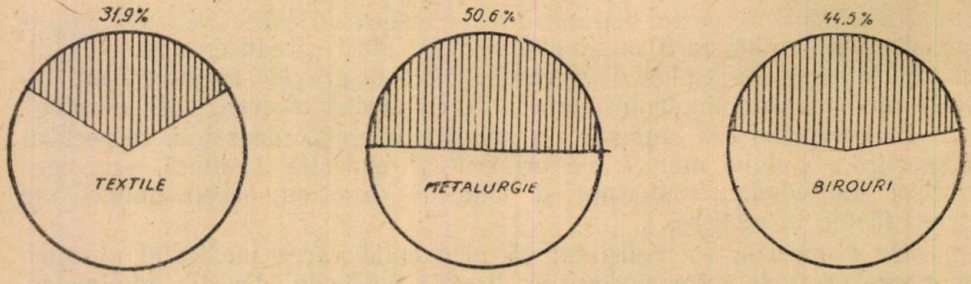


Fig. 2

Din totalul muncitoarelor 5,5% sînt femei singure cu copii. Din acelaşi total, repartizarea pe principalele ramuri de producţie ale femeilor singure cu copii este următoarea:

FEMEI SINGURE CU COPII (5,5%)

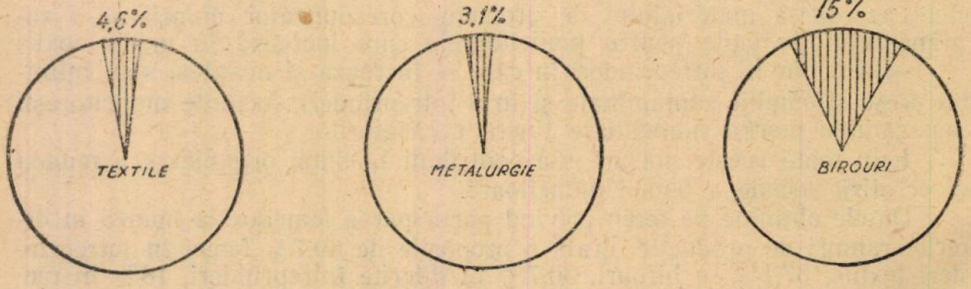


Fig. 3

De aci rezultă necesitatea de a organiza ocrotirea femeilor muncitoare căsătorite şi mai ales a mamelor singure cu copii.

Analiza materialului primit de la medicii care au efectuat sondajul, arată următoarele procente:

Gravide — **La 100 de femei muncitoare s-au găsit :**

5,8 gravide în întreprinderile textile
3,2 „ „ „ I.T.B.
5,4 „ „ „ metalurgice
4,5 „ „ laboratoare
6,4 „ „ diverse întreprinderi

Avorturi spontane — **La 100 de femei muncitoare s-au găsit :**

1,1 avorturi spontane în întreprinderile textile
1,9 „ „ „ „ I.T.B.
5,1 „ „ „ „ metalurgice
4,4 „ „ „ birouri
5,5 „ „ „ laboratoare
2,1 „ „ „ diverse întreprinderi

Avorturi medicale — **La 100 de femei muncitoare s-au găsit :**

0,3 avorturi medicale în întreprinderile textile
0,3 „ „ „ „ I.T.B.
0,8 „ „ „ „ metalurgice
1,03 „ „ „ birouri
1,5 „ „ „ laboratoare
0,3 „ „ „ diverse întreprinderi

ACTIVITATE DE DEPISTARE ÎN ÎNTREPRINDERI

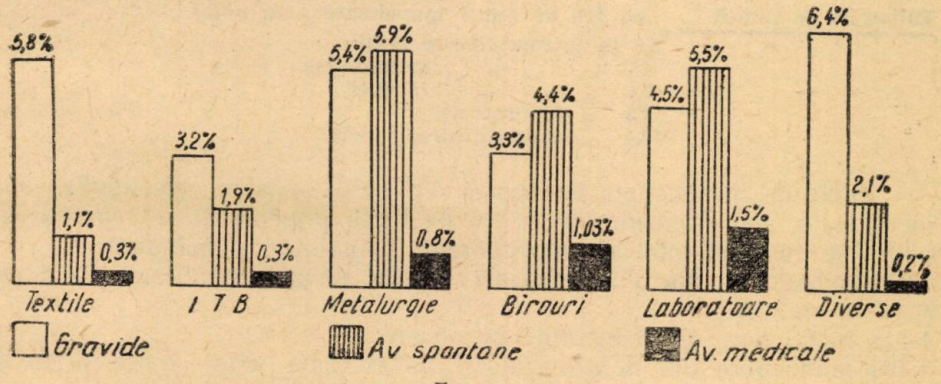


Fig. 4

Numărul mic de avorturi din întreprinderile diverse (becuri, bere, pîine, ateliere mecanice şi de tinichigerie) nu arată, de fapt, decît că aceste avorturi nu au fost depistate printr-un control medical de specialitate. Datorită faptului că, în caz de sarcină, femeia muncitoare trebuie să se adreseze pentru asistenţă medicală şi obţinerea drepturilor ei, la consultaţiile medicale de specialitate din circumscripţia ei domiciliară, şi nu medicului obstetrician-ginecolog al întreprinderii, acolo unde există, face ca această evidenţă să nu fie exactă şi un număr însemnat de gravide, în prima jumătate a sarcinii, să scape de controlul medical, supravegherea şi dispensarizarea medicului de întreprindere.

In orașele mari unde există mai multe maternități (București, Iași, Cluj) urmărirea evoluției sarcinii, nașterii și a ginecopatiilor internate în staționar, foarte des nu poate fi făcută de medicul obstetrician-ginecolog din întreprindere, datorită faptului că locul de muncă nu se află pe teritoriul domiciliului.

Un alt aspect al cercetării este următorul:

Nașteri premature — **La 100 de nașteri s-au înregistrat, după cum urmează:**

12,1 în întreprinderile metalurgice
13,4 în birouri
7,4 în întreprinderile textile

Toxicoze — **La 100 de gravide, arată următoarele procente pe ramuri de producție:**

5,05 în întreprinderi textile
11,3 „ „ metalurgice
12,2 „ birouri

Metro-anexite — **La 100 de femei muncitoare s-au găsit:**

16,6 în întreprinderi textile
13,1 „ „ metalurgice
19,1 „ laboratoare
12,3 „ diverse întreprinderi

Tulburări de ciclu — **La 100 de femei muncitoare s-au găsit:**

3,8 în întreprinderi textile
7,2 „ „ metalurgice
9,6 „ laboratoare
8,6 „ diverse întreprinderi

Tulburări de statică — **La 100 de femei muncitoare s-au notat:**

8,9 în întreprinderile textile
7,6 „ „ metalurgice
7,6 „ „ birouri
7,3 „ laboratoare
13,4 „ diverse întreprinderi

Zilele de incapacitate de muncă din 1953, pentru afecțiunile susmenționate, s-au transformat în ore de lucru pierdute și se repartizează astfel pe numărul total al muncitoarelor (sănătoase și bolnave):

2 272 muncitoare din 3 întreprinderi textile au pierdut fiecare cîte 4 ore și 30 de minute;

1 118 funcționare din 3 instituții cîte 5 ore;

1 401 muncitoare din 3 întreprinderi metalurgice cîte 7 ore și 45 de minute;

2 505 muncitoare din 6 diverse întreprinderi cîte 2 ore.

Tumori benigne — **La 100 de muncitoare s-au găsit:**

1,2 în întreprinderi textile
1,6 „ „ metalurgice
2,4 „ birouri
3,4 „ laboratoare
1,6 „ diverse întreprinderi

Activitatea de depistare și de dispensarizare în întreprinderi textile și metalurgice cu și fără medic obstetrician-ginecolog arată diferențe importante, după cum rezultă din grafic:

ACTIVITATEA DE DEPISTARE
ȘI DISPENSARIZARE

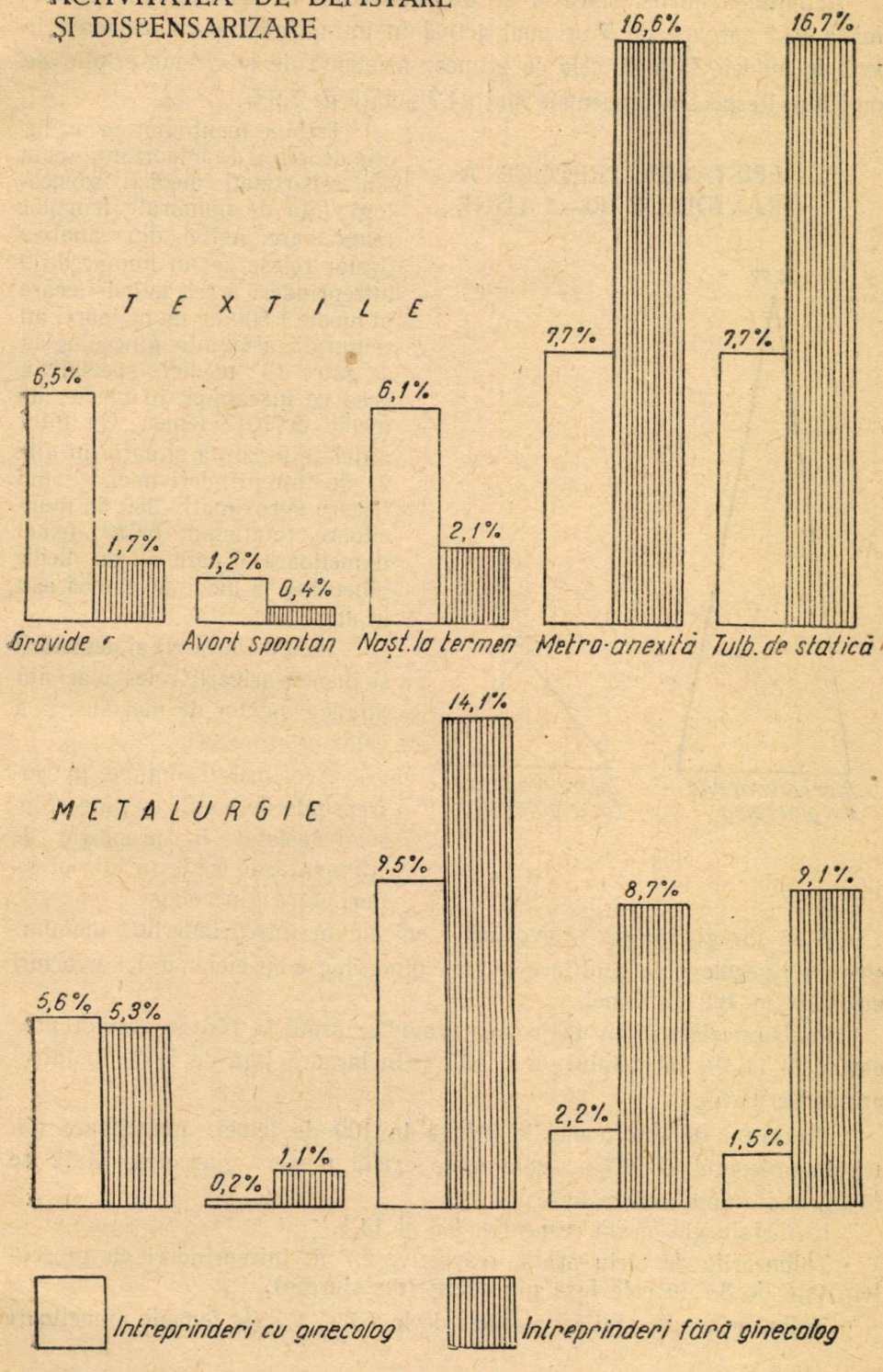


Fig. 5

Activitatea de depistare şi de dispensarizare în primele luni de sarcină a fost aproape de 5 ori mai activă în întreprinderile cu asistenţă la locul de muncă, faţă de cele ce primesc asistenţă de la circumscripţia de domiciliu. Respectiv, procentele sînt 34,7% faţă de 7,9%.

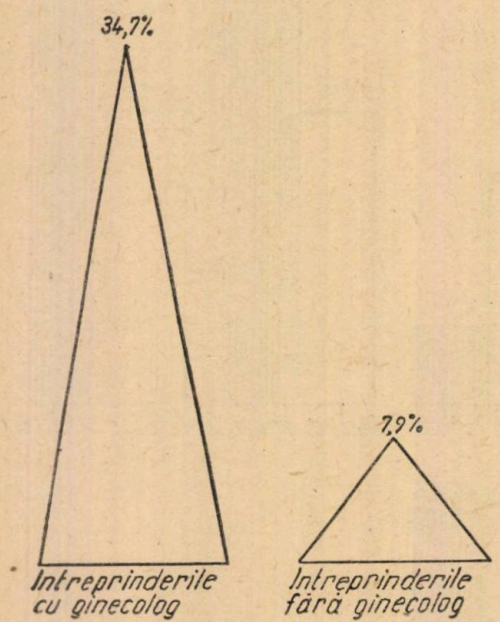


Fig. 6

Trebuie menţionat ca un lucru deosebit de important, cum sînt repartizaţi medicii ginecologi, faţă de numărul femeilor muncitoare. Astfel, din analiza fişelor reiese că un număr de 9 întreprinderi mari, avînd fiecare în medie 1 500 de muncitoare, au asigurată asistenţa ginecologică de către 13 medici specialişti, ceea ce înseamnă, în medie, un medic la 1017 femei. Cu totul altfel se prezintă situaţia în alte 21 de întreprinderi mici, avînd fiecare aproximativ 250 de muncitoare, totalizînd 5 080 femei muncitoare şi care nu au medic ginecolog la locul de muncă sau în apropiere.

Indicii calitativi ai depistării şi dispensarizării reies clar din analiza datelor de mai sus şi a celor ce urmează.

Avorturile spontane, în întreprinderile textile cu ginecolog, s-au depistat în proporţie de 1,2% faţă de 0,4% în întreprinderi fără ginecolog.

S-au înregistrat 0,2% avorturi medicale în întreprinderile metalurgice cu ginecolog, pe cînd în cele fără ginecolog s-au efectuat 1,1 avorturi medicale la 100 de femei.

Pentru acelaşi motiv toxicozele gravidice arată la 100 de gravide proporţia de 11,3% la metalurgie şi 12,2% în birouri, faţă de 5,5% în întreprinderile textile.

Procentul de metro-anexite atinge la 100 de femei muncitoare din textile procentul de 7,7% acolo unde există medic ginecolog, faţă de 16,6% acolo unde acesta lipseşte.

In metalurgie, arată respectiv, 9,5 şi 14,1.

Tulburările de ciclu arată, respectiv, 2,7 în întreprinderi cu ginecolog, faţă de 8,7 în cele fără ginecolog (metalurgie).

Tulburările de statică variază de la 7,7 şi 1,5 (la femeile muncitoare

din întreprinderile textile şi metalurgice cu ginecolog). La întreprinderi din aceleaşi ramuri de producţie, neîncadrate însă cu medic ginecolog, tulburările de statică prezintă 16,7 în textile şi 9,1 la metalurgie.

In întreprinderile textile fără medic ginecolog s-au găsit 0,9 tumori benigne, iar în cele cu medic ginecolog, unde activitatea de depistare a fost mai susţinută, aceste tumori au arătat procentul de 2,7.

Din analiza datelor s-au putut constata deosebiri mari în procentele arătate, în chiar acelaşi specific de muncă, de exemplu :
metro-anexitele în aceeaşi ramură de producţie variază astfel :

Textile : la „Postăvăria Romînă" din Bacău de 8 ori mai mică decît „Dacia"-Bucureşti.
Metalurgie : la „Metalo-Globus" de 6 ori mai puţin decît la „Armătura".
Birouri : la „I.M.F." Tg. Mureş de aproape 10 ori mai mică decît la „Agerpres" Bucureşti.

Tulburările de ciclu :

Textile : 1% „Intrepr. textile"-Iaşi, faţă de 12,2% „Dacia"-Bucureşti.
Metalurgie : 2,7% uzinele „23 August", faţă de 9,3% „Metalo-Globus".
Birouri : 2,5% „I.C.A.S.", faţă de 34,8% „Agerpres".
Laboratoare : 7,3% Institutul „Pasteur" faţă de 11,1% „I.C.E.M.E.T".

Tumorile benigne :

Textile : 0,3% fabrica „Donca Simo"-Bucureşti, faţă de 4,3% „F.R.B."-Bucureşti.
Metalurgie : 0,2% uzinele „23 August"-Bucureşti, faţă de 4,7% „Metalo-Globus"-Bucureşti.

Acest lucru este de asemenea în măsură să ne atragă atenţia asupra unor deosebiri importante în pregătirea medicilor specialişti şi a necesităţii ca, pe viitor, toate maternităţile unificate să acorde o atenţie deosebită prin ridicarea calificării medicilor ginecologi de întreprindere. Este necesar ca examinările periodice care se efectuează de medicii obstetricieni-ginecologi în întreprinderi să fie îndrumate, supravegheate şi controlate îndeaproape de medicii primari, bine calificaţi, delegaţi pentru această muncă de maternităţile unificate. De altfel, unele maternităţi din Capitală şi alte oraşe au înţeles şi pînă acum să sprijine acţiunile profilactice din întreprinderi, iniţiate de Institutul oncologic şi Centrul de obstetrică şi ginecologie.

Considerăm că pentru buna desfăşurare a activităţii profilactico-curative a medicului obstetrician din întreprindere este necesar ca munca lui, aşa cum de altfel a fost constatat de noi în unele întreprinderi studiate, să se desfăşoare trifazic.

— In staţionar (la maternitatea unificată, sau în cazul existenţei unei secţii de ginecologie, în spitalul întreprinderii).

— La serviciul de consultaţii de obstetrică şi ginecologie din policlinică.

— Pe teren, în ateliere, unde cercetează condiţiile de muncă ale gravidelor şi ginecopatelor, ducînd o muncă profilactică şi educativă. Pentru munca din serviciul de consultaţii şi din ateliere trebuie ca medicul obstetrician-ginecolog să rezerve aproximativ jumătate din timpul său de lucru. E de dorit ca cel puţin de două ori pe săptămînă să viziteze atelierele.

— In întreprinderile unde nu există medic obstetrician-ginecolog încadrat, medicului obstetrician de circumscripţie îi revine sarcina ca, în cadrul activităţii sale de teren, să viziteze şi să cunoască condiţiile de muncă şi de viaţă ale femeilor care lucrează în aceste întreprinderi şi să planifice, în cadrul activităţii profilactice, examinările ginecologice periodice pe raza teritoriului de activitate.

Munca medicului obstetrician-ginecolog de întreprindere trebuie să se desfăşoare în strînsă colaborare cu ceilalţi specialişti din echipa atelierului şi îndeosebi cu medicul internist. Planul de muncă al întregii echipe şi cel individual al obstetricianului-ginecolog trebuie să fie bazat pe cunoaşterea morbidităţii şi îndreptat îndeosebi pentru reducerea zilelor de incapacitate temporară de muncă, pentru înlăturarea condiţiilor negative de muncă şi de trai, pentru depistarea şi tratamentul precoce al afecţiunilor ginecologice şi tulburărilor de sarcină.

Principalele forme de activitate ale obstetricianului-ginecolog de întreprindere, pe baza constatărilor noastre pe teren, a deficienţelor şi lipsurilor constatate, trebuie să fie următoarele :

— *Studierea procesului de producţie* şi a influenţei sale asupra organismului femeii.

— Planificarea şi efectuarea *examenelor profilactice,* în colaborare cu medicul internist de atelier, conducerea tehnică şi organizaţiile de masă.

— *Dispensarizarea.* Prin această metodă de muncă se iau în evidenţă şi sînt supravegheate în mod special femeile gravide şi ginecopatele cronice. Se mai dispensarizează şi anumite grupe de femei sănătoase fruntaşe în muncă şi sportive).

— *Examenele de angajare,* în vederea repartizării la munci corespunzătoare şi la muncă uşoară, cînd aceasta este necesară, se face în colaborare cu comitetul de întreprindere şi conducerea tehnică şi necesită cunoaşterea legislaţiei muncii, privitoare la ocrotirea femeii muncitoare.

— *Munca de educaţie sanitară* este una din sarcinile cele mai importante ale medicului obstetrician-ginecolog. Prin efectuarea eficientă a educaţiei sanitare, trebuie să se ajungă la dezvoltarea deprinderilor igienice, la combaterea afecţiunilor metro-anexiale şi avorturilor.

— Organizarea activităţii *camerelor de igienă* individuală şi controlul lor intră tot în atribuţiile medicului obstetrician de atelier. Activitatea camerelor de igienă individuală trebuie să fie organizată în aşa fel, încît ele să poată fi frecventate de femeile muncitoare înaintea începerii lucrului, în timpul pauzelor şi după încheierea zilei de muncă.

— *Analiza morbidităţii.* Principala sarcină a medicului obstetrician-ginecolog este reducerea morbidităţii printre muncitoare. Rezolvarea acestei sarcini importante este posibilă numai printr-o analiză minuţioasă şi aprofundată a morbidităţii, asociată sau neasociată cu pierderea temporară a capacităţii de muncă. Dinamica morbidităţii trebuie să fie urmărită în indici calitativi la 100 de femei muncitoare şi nu la 100 de muncitori în general, ceea ce denaturează tabloul real.

In efectuarea analizei statistice, medicul trebuie să se ferească de a porni la paralelismul datelor cifrice, prin care poate să ajungă la concluzia falsă că afecţiunile ginecologice sporesc odată cu creşterea stagiului pro-

fesional, fără a lua în considerație că această sporire nu este o consecință a influenței profesiei, ci a nașterilor cu complicații sau neasistate, a avorturilor și a proceselor inflamatorii legate de acestea.

★

Pe baza lipsurilor constatate, colectivul lucrării a înaintat Direcției asistenței medicale curativo-profilactice a mamei și copilului propuneri pentru îmbunătățirea calității asistenței medicale de specialitate a femeilor muncitoare.

Considerăm că este necesar un schimb larg de opinii între ginecologii-obstetricieni din întreprinderi și organizatorii ocrotirii sănătății, în vederea găsirii celor mai potrivite metode de muncă pentru asigurarea unei asistențe optime femeii muncitoare din întreprinderi și de pe ogoare.

BIBLIOGRAFIE

1. Dr. ABUREL, Dr. STANCA, Dr. HART, Dr. ALDEA. Considerații asupra etiopatogeniei metro-anexitelor din vol. „Conferința pentru studiul și combaterea metro-anexitelor".
2. Dr. BATKIS G. A. — Serviciul medical pentru lucrătorii din întreprinderile industriale. Organizarea ocrotirii sănătății publice, Cap. XII. Edit. Stat 1950.
3. BLOSANSKI I. M. ȘI VINIKOVA E A. — Asistența obstetrico-ginecologică a femeilor la întreprinderile industriale din Celiabinsk. **Rev. sovietică pentru ocrotirea sănătății,** 1953, nr. 3.
4. Dr. BULKINA I. K. — Organizarea asistenței medicale a muncitorilor din întreprinderile industriale în U.R.S.S.
5. Dr. DOBROVICI V., Dr. POPESCU D., Dr. LAMBESCU. — Indreptar pentru studiul și combaterea metro-anexitelor.
6. DREXLER MIKLOȘ. — Să îndeplinim fără răgaz legislația privind ocrotirea mamei și copilului. **Nepegeszsegugy,** 1953, nr. 5.
7. EFREMOV A. F. — Experiența luptei pentru reducerea morbidității la uzina de automobile „V. M. Molotov" din orașul Gorki, **Muncitorul sanitar,** 1953, nr. 9.
8. ISAEV — Evidența, preluarea și analiza morbidității cu pierderea temporară a capacității de muncă. **Muncitorul sanitar,** 1953, nr. 31 166.
9. Dr. KELEMEN ISTVAN — Rolul caselor de nașteri în asistența gravidelor și în asistența la naștere în instituție. **Nepegeszsegugy,** 1953, nr. 5.
10. Prof. Dr. KOPELIANSKAIA — Asistența juridico-socială a mamei și copilului I.R.S.
11. KOVACS — Probleme actuale ale calificării moașelor. **Nepergeszsegugy,** 1953, nr. 5.
12. LEITES R. G., MARTINOVSKI, HOTIANOV. — Metodele de cercetare folosite în igiena muncii. Pag. 8, Controlul sanitaro-industrial al organelor de sănătate publică, pag. 15. Fiziologia muncii pag. 21, 31. Igiena muncii în agricultură 382, 391 din vol. Igiena muncii și sanitația industrială.
13. LELCIUK B. I. — Organizarea asistenței obstetrico-ginecologice pe marile șantiere de construcții. **Akușerstvo i ghinekologhia,** 1951, nr. 6.
14. Prof. MOISEEF E. I. Fiziologia muncii. Cap. II. din Manualul de igienă generală.
15. NIKOLAEV A. P. — Invățătura lui I. P. Pavlov despre activitatea nervoasă superioară, baza științifică a rezolvării problemelor practice ale obstetricii și ginecologiei. **Analele romîno-sovietice — Medicina generală,** 1952, nr. 3.
16. OVRIKOVA B. V. — Organizarea asistenței medicale a femeilor pe șantierul hidrocentralei de la Kuibîșev. **Ocrotirea sovietică a sănătății,** 1952, nr. 4.
17. RATKIN P. P. — Dispensarizarea pe marile șantiere ale comunismului.
18. SEMASKOV N. A. — Insemnări asupra teoriei organizării apărării sănătății în U.R.S.S. Edit Minist. Săn., 1948.

19. SLESAREVA A. P. — Căile de reducere a afecțiunilor ginecologice și pierderea capacității de muncă temporară legată de ele. **Obstetrica și ginecologia,** 1952, nr. 3.
20. SMELIANSKI I. B. — Metodele principale de studii ale stării sănătății muncitoarelor din întreprinderile industriale. Obstetrico-ginecologia nr. 3, **Biblioteca analelor romîno-sovietice, Seria medicină,** 1951, nr. 62.
21. Dr. VAGO, Dr. HERȘCOVICI, Dr. RUSSU, Dr. OLTEȚ — Cauza și profilaxia imaturității. Referat nepublicat.

★

ИССЛЕДОВАНИЯ В СВЯЗИ С ОРГАНИЗАЦИЕЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ТРУДЯЩИМСЯ ЖЕНЩИНАМ.

В результате произведенных исследований оказалось, что при предприятиях имеющих акушера-гинеколога, с успехом удалось осуществить ряд мероприятий в связи с оказанием трудящимся женщинам лечебно-профилактической помощи. Это особенно сказывается в произведенных в 1952—1953 г. г., периодических гинекологических освидетельствованьях и диспансаризации беременных, а также и женщин с гинекологическими заболеваниямн. Была установлена весьма разнообразная картина в связи с выявлением состояний беременности, самопроизвольных абортов, а также и абортов в связи с разными видами труда.

При сравнительном изучении работы по выявлению и диспенсаризации беременных и страдающих гинекологическими заболеваниями женщин, работающих на предприятиях, при которых имеется или же не имеется врач-гинеколог, были установлены положительные качественные показатели на предприятиях, имеющих врача-гинеколога.

Наряду с этими положительными сторонами были обнаружены недостатки, а также и трудности, вызываемые объективными обстоятельствами в деле организации и работы врачебных кабинетов по специальности при предприятиях, как например: отсутствие надлежащеи оснащенности, работа в неподходящих для врачебных кабинетов помещениях в большинстве из обследованных предприятий. Невозможность производства обычных лабораторных анализов в медицинском учреждении предприятия, является препятствием для своевременного установления диагноза и назначения лечения. Вопросы специальной медицинской помощи на предприятиях. не имеющих акушера-гинеколога, разрешаются формально акушерами-гинекологами соответствующего врачебного участка. Включение некоторых акушеров-гинекологов, работающих при предприятиях, в общую, а не в специальную акушерско-гинекологическую сеть, от которой они зависят по своей работе, а также и с профессионально-технической точки зрения, создает трудности в работ этих кадров.

★

RECHERCHES CONCERNANT L'ASSISTANCE SOCIALE, AU POINT DE VUE OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIQUE

Grâce aux recherches effectuées, on a pu constater que dans les entreprises ayant un médecin obstétricien-gynécologue, une série de réalisations ont été menées à bien, concernant l'assistance prophylactique et curative de spécialité des ouvrières. Ce fait a été mis en évidence, surtout par des examens gynécologiques périodiques et par le con-

trôle dans un dispensaire des femmes enceintes et des femmes, souffrant d'affections gynécologiques, effectuées au cours des années 1952—1953.

On a constaté des différences importantes en ce qui concerne la mise en évidence des grossesses, les avortements spontanés et provoqués, dans les différentes entreprises ouvrières.

En comparant l'activité de détection et de contrôle dans un dispensaire des femmes enceintes et des malades souffrant d'affections gynécologiques, dans les entreprises ayant un médecin gynécologue, par rapport à celles qui en sont dépourvues, on a constaté des conditions sanitaires supérieures dans les entreprises de la première catégorie.

Cependant, à côté de ces conditions favorables, on a constaté dans la majorité des entreprises controlées, certaines lacunes, ainsi que des difficultés objectives dans l'organisation et le fonctionnement des cabinets médicaux, par exemple : absence de dotation suffisante et fonctionnement dans des locaux impropres, de ces cabinets.

L'impossibilité d'éffecteur les analyses de laboratoire courantes par le service médical de l'entreprise empêche le médecin d'établir un diagnostic et d'instituter un traitement immédiat. L'assistance médicale de spécialité dans les entreprises, n'ayant pas de médecin obstetricien-gynécologue, est assurée formellement.

CU PRIVIRE LA PROBLEMA MUZEELOR DE ISTORIA MEDICINEI ŞI ISTORIA FARMACIEI DIN R.P.R.

S. IZSAK

(Catedra de istoria medicinei, I.M.F.-Cluj)

In Romînia burghezo-moşierească, istoria ştiinţelor era cultivată doar de cîţiva intelectuali, care în majoritatea cazurilor lucrau din iniţiativă proprie, în condiţii grele, fără ajutorul cuvenit din partea forurilor ştiinţifice conducătoare.

Politica culturală a regimului antipopular, care ţinea în analfabetism aproape jumătate din poporul nostru, nu manifesta vreun interes deosebit pentru a încuraja şi susţine cercetările cu privire la dezvoltarea diferitelor ştiinţe din ţara noastră. N-a făcut excepţie nici istoria medicinei, cu toate că a fost relativ mai bine dezvoltată decît celelalte ramuri ale istoriei ştiinţelor ; în fond însă, era neglijată şi ea. Numărul acelor persoane care s-au ocupat cu istoria medicinei ca preocupare de bază a fost foarte redus. In perioada dintre cele două războaie mondiale n-am avut decît o singură catedră de istoria medicinei la Cluj, slab dotată, mereu ameninţată cu desfiinţarea totală, şi un Institut de istoria medicinei, care niciodată n-a avut o existenţă recunoscută oficial şi în consecinţă i-a fost alocat timp de peste două decenii un buget minimal. In Bucureşti a existat în această perioadă, pentru un scurt timp, o agregaţie onorifică de istoria medicinei. In ce priveşte extinderea învăţămîntului de istoria medicinei la celelalte facultăţi, ea a rămas un vis, care a fost tradus în realitate de partidul şi guvernul nostru în 1949, cînd s-a trecut la reforma învăţămîntului medical superior, creîndu-se 5 catedre de istoria medicinei în cele 5 centre de învăţămînt medical : Bucureşti, Cluj, Iaşi, Tîrgu-Mureş şi Timişoara.

Înființarea în 1953 la București a unui Centru de organizare a ocrotirii sănătății și istoria medicinei este o dovadă în plus a interesului și importanței ce se acordă astăzi în țara noastră preocupărilor de istoria medicinei.

Aceeași politică culturală antipopulară, care a condamnat cercetările de istoria medicinei la o existență nesigură și foarte limitată, a împiedicat cu desăvîrșire crearea unor muzee de istoria medicinei. Doar catedra din Cluj și Societatea de istoria medicinei din București (cu caracter particular), aveau niște colecții și arhive medico-istorice, neorganizate încă definitiv în formă de muzeu.

Puterea populară, revoluția culturală pe care o trăiește din plin poporul nostru, au creat condițiile necesare pentru remedierea rapidă a acestei situații. Poporul romîn are o frumoasă tradiție culturală progresistă și în domeniul medicinei. In țara noastră se găsesc bogate urme ale trecutului medicinei și farmaciei. Punerea în valoare a acestor tradiții progresiste prin mărturiile materiale rămase, moștenite din secolele și timpurile apuse, a fost și constituie și în prezent una din sarcinile specialiștilor care cercetează trecutul culturii sanitare și medicale a poporului nostru. Muzeele și colecțiile de istoria farmaciei care au luat ființă sau care sînt în curs de organizare în țara noastră reprezintă acele forme de instituții culturale prin care generațiile de astăzi iau contact cu trecutul nostru medical și sanitar și învață să folosească învățămintele trecutului pentru înțelegerea marilor prefaceri revoluționare prin care trece viața noastră științifică sub regimul democrat-popular, și să le aplice în munca de construire a socialismului în domeniul sanitar. Ca rezultat al acestor străduințe a luat naștere la Sibiu *primul muzeu de istoria farmaciei din țara roastră.* Acest muzeu s-a creat după o lungă și susținută muncă de organizare și activitate științifică, începută în vara anului 1949.

Și în trecut, în țara noastră, în timpul regimului burghezo-moșieresc, în perioada dintre cele două războaie mondiale s-au luat inițiative de crearea unor muzee de istoria farmaciei. Ele au fost însă toate încercări particulare, pornite din inițiativă personală, fără ajutorul forurilor științifice și culturale. Rezultatele au fost în general modeste. In special două din aceste inițiative merită să fie amintite, deoarece ele au izbutit într-o oarecare măsură. Astfel, doctorul Iosif Bacon din Sighișoara a adunat, cu multă dragoste, din vechile farmacii ale orașului vase vechi, cîteva instrumente și cărți farmaceutice, precum și truse chirurgicale care datează din primele decenii ale secolului al XIX-lea, găsite la Spitalul comunal unde a funcționat pe vremuri și doctorul Bacon. Această colecție unică și frumoasă se găsește expusă într-o cămăruță a Muzeului din Sighișoara situat în bastionul central (Uhrturm = turnul orologiului al vechii cetăți ce se mai păstrează).

A doua colecție, mai cuprinzătoare, se datorește lui Iuliu Orient (1869—1940), fost profesor agregat de toxicologie la Facultatea de farmacie din Cluj. Ani de-a rîndul, sistematic, cu o hărnicie și pricepere demnă de recunoscut, prof. Orient a reușit să adune multe antichități farmaceutice, vase, sticle, mobilier, picturi, diplome de farmacist, rarități unice în țara noastră, precum și utilaj de laborator farmaceutic. Astăzi, colecția Orient formează nucleul viitorului muzeu de istoria farmaciei ce se găsește în curs de organizare la Cluj, sub conducerea colectivului de muncă a Catedrei de istoria medicinei de la I.M.F. Cluj.

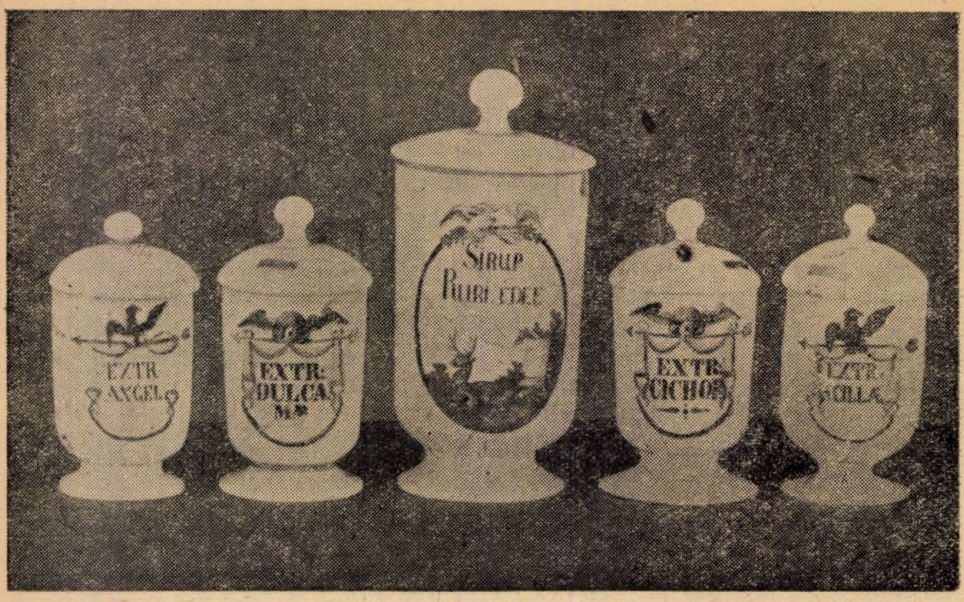
In afara colecţiilor Bacon şi Orient, alte colecţii organizate n-au existat. Inainte de 1949, în farmaciile particulare istorice s-au păstrat însă multe obiecte muzeale. In special farmaciile vechi din Transilvania erau bogate sub acest raport. Farmaciile din Moldova şi Muntenia erau relativ mai sărace, deoarece înfiinţarea primelor farmacii publice în Ţările Romîneşti a avut loc abia către sfîrşitul secolului al XVIII-lea, respectiv în primele decenii ale secolului al XIX-lea. In Transilvania, prima farmacie publică s-a înfiinţat în 1494 la Sibiu, a doua la Cluj în 1573 şi a treia la Bistriţa în 1680 (după unii în 1600). In secolul al XVII-lea s-au deschis puţine farmacii în Transilvania, ca apoi în secolul al XVIII-lea, după reforma sanitară (1752—1770) din timpul domniei Mariei Terezia, să se deschidă aproape în fiecare oraş şi orăşel cîte o farmacie. In Moldova, prima farmacie publică a fost aceea a lui Vorel din Piatra-Neamţ, înfiinţată în 1825. Fosta farmacie Werner („Centrală") din Iaşi datează din 1827. In Muntenia, cea mai veche farmacie a fost deschisă la Bucureşti, în 1794 (farmacia Esculap); aici, a doua farmacie după vechime, a fost farmacia „Coroana de aur" din 1814.

Proprietarii acestor farmacii au păstrat obiectele vechi ca relicve istorice, mai ales dacă era vorba despre farmacii care s-au moştenit în familie, folosindu-le pentru înfrumuseţarea farmaciei. Unele farmacii erau vestite, fie pentru vasele lor vechi, fie pentru mobilierul lor de stil, păstrat de secole. Astfel au fost farmaciile „Vulturul Negru" din Sibiu, farmacia „Sft. Gheorghe" şi „Unicorn" din Cluj, „Rodie" şi „Vulturul de aur'- la Oradea, farmacia „Cerbul de aur" din Tg. Mureş, etc.

In timpul celui de al doilea război mondial, bombardamentele aviaţiei americane au distrus vechea farmacie Velits din Turda, înfiinţată în 1784, şi farmacia „Ochiul lui Dumnezeu" din Bucureşti, avînd o bogată colecţie de antichităţi farmaceutice. La Bucureşti de asemenea s-a distrus în timpul războiului şi acea mică colecţie de istoria farmaciei care a fost adunată de Facultatea de farmacie. Intîmplarea a făcut ca o parte din vechile vase (ceramică pictată, locală) şi diploma originală a farmacistului Samuel Velits, cel care înfiinţase farmacia din Turda, să se păstreze posterităţii, ele găsindu-se în colecţia Orient din Cluj.

Cam la aceasta se rezuma situaţia cu privire la colecţiile de istoria farmaciei. Naţionalizarea farmaciilor, trecerea lor în proprietatea întregului popor, au creat premisele necesare pentru organizarea unor adevărate muzee de istoria farmaciei.

Catedra de istoria medicinei din Cluj a făcut fără întîrziere primii paşi în vederea pornirii unei cuprinzătoare acţiuni organizatorice pe ţară. La propunerea catedrei de istoria medicinei din Cluj, Ministerul Sănătăţii a luat măsurile necesare, concretizate într-o circulară către centrofarmurile din ţară, care cuprindea dispoziţiile speciale cu privire la păstrarea obiectelor de valoare muzeală din farmaciile naţionalizate. Profesorul dr. V. Bologa şi dr. S. Izsak au făcut numeroase deplasări în provincie cu scopul identificării şi trierii materialului vechi din farmacii. In anul 1949, Ministerul Sănătăţii a hotărît transformarea farmaciei „Vulturul Negru" din Sibiu într-un muzeu de istoria farmaciei. Localul acestei farmacii s-a pretat foarte bine pentru acest scop, din trei motive : a fost prima farmacie înfiinţată pe teritoriul ţării noastre, avea o bogată colecţie de antichităţi farmaceutice şi se găsea chiar în clădirea Muzeului Brukenthal.



Vase farmaceutice din secolul al XVIII-lea. Colecția de istoria farmaciei I. M. F. — Cluj, în curs de organizare

Aspect din sala nr. 2 (farmacie de la sfîrșitul sec. al XVII-lea și începutul sec. al XVIII lea) din secția de istoria farmaciei a Muzeului Brukenthal (Sibiu)

Catedra de istoria medicinei, în colaborare cu colectivul de muncă al Muzeului Brukenthal, a elaborat planul inițial al viitorului muzeu (secție) de istoria farmaciei. Concomitent, s-a desfășurat o largă activitate pe teren, în vederea recuperării obiectelor muzeale din centrele orășenești ca Timișoara, Lugoj, Oradea, Baia-Mare, Baia Sprie, Aiud, Alba Iulia, Sighișoara, etc. Unele centrofarmuri au trimis la Sibiu obiecte vechi, pe baza circularei Ministerului Sănătății. In decursul anilor 1949—1951 a fost concentrat la Sibiu un material muzeal considerabil, care a permis începerea activității organizatorice și științifice în muzeu. Mai tîrziu muzeul a fost îmbogățit cu unele obiecte provenite din materialul deja existent la Muzeul Brukenthal, respectiv cu obiectele care au fost recuperate ulterior din vechile farmacii din Sibiu.

Volorificarea, prelucrarea și prezentarea științifică a obiectelor din Muzeul de istoria farmaciei a fost executată sub îndrumarea colectivului catedrei de istoria medicinei din Cluj, care a studiat în prealabil problemele de istoria farmaciei, a comparat materialul iconografic existent la catedră cu condițiile arhitecturale ale localului de muzeu și cu materialul muzeal farmaceutic adunat la Sibiu.

Muzeul de istoria farmaciei din Sibiu are cinci săli:

Prima sală cuprinde utilaj de laborator începînd din secolul al XVIII-lea pînă în zilele noastre (data naționalizării farmaciilor). Aici se găsesc utilaje de laborator, diferite instrumente și mașini mici, folosite în mica industrie farmaceutică și cosmetică. Această sală ilustrează bine caracterul de mică industrie farmaceutică pe care l-au avut unele farmacii, întreprinderi capitaliste comerciale și de producție a unor specialități ale casei, care aduceau un venit mare proprietarului. In această sală se găsește reconstruită și o vatră de laborator de chimie farmaceutică de la sfîrșitul secolului al XVIII-lea și începutul secolului al XIX-lea, cu sticlăria originală: baloane, retorte, alambicuri, etc. Tot aici se vede și o presă de plante medicinale din secolul al XVIII-lea, unică în toată țara, obiect foarte rar.

Sala a doua cuprinde mobilier vechi de farmacie, dulapuri cu vase de farmacie, mojare mici, balanțe și greutăți. In această sală sînt două mese de oficină: una în stil empire care datează din primele decenii ale secolului trecut și cealaltă de la sfîrșitul secolului al XVII-lea sau începuturile celui de al XVIII-lea. Această din urmă masă de oficină are un frumos suport de balanță din fier forjat în stil baroc. Ea formează, cu dulapurile și vasele cele mai vechi din această sală, un colț separat, bine individualizat, de „farmacie veche", nelipsind nici caracteristicul animal împăiat, de data aceasta un crocodil, ce atîrnă deasupra mesei. In acest colț domnește atmosfera foarte bine redată a unei farmacii de la începuturile secolului al XVIII-lea. Reproducerile fotografice ale diferitelor farmacii din secolul al XVII-lea și al XVIII-lea care atîrnă pe pereți ne dau imaginea unor vechi farmacii. In mijlocul acestei săli se găsește o minunată colecție de mojare vechi, care arată vizitatorului diferite tipuri de mojare mari de metal (cupru, bronz, fier) din secolul XVI—XIX-lea. Tot aici se află expus și un tabel care explică semnele alchimice folosite pînă la mijlocul secolului al XVIII-lea. Cîteva vase farmaceutice de lemn și de sticlă cu semne alchimice servesc la demonstrarea folosirii acestor semne.

Intr-o vitrină sînt expuse diferite tipuri de balanțe și cîntare folosite de farmaciștii și aurarii din secolul al XVIII-lea, cu greutățile corespunzătoare.

Inscripţiile explică sistemul de greutăţi folosit în timpul feudalismului în Ungaria şi Transilvania, înaintea introducerii sistemului modern de grame şi kilograme.

Sala a treia cuprinde o farmacie homeopatică, găsită într-una din farmaciile naţionalizate din Sibiu (farmacia „Ingerul"). Se văd vitrinele, sticlele şi borcănaşele originale core conţin substanţe homeopatice sub formă de soluţii şi praf din care se făceau diluţiile şi triturafiile indicate de medicul homeopat. Aici se găsesc expuse cîteva truse homeopatice portative, frumos executate, precum şi cărţi farmaceutice pentru homeopaţi. Un text-panou explică vizitatorului noţiunea de homeopatie. Textele citate după medicii Pavel Vasici (1806—1881) şi Ştefan Episcopescu (1777—1850) arată că medicii noştri progresişti din secolul trecut au combătut homeopatia. In această sală se vede şi portretul doctorului Samuel Hahnemann, creatorul homeopatiei, care un timp a fost bibliotecarul baronului Samuel Brukenthal, cel care a întemeiat muzeul ce poartă numele său. Un citat din lucrarea academicianului V. I. Skvorţov lămureşte felul cum este văzută astăzi homeopatia în Uniunea Sovietică.

Sala a patra este de fapt fosta oficină a farmaciei „Vulturul Negru", aşa cum era ea în momentul naţionalizării. Este o oficină frumoasă, bine mobilată, pe rafturile ei păstrîndu-se vasele originale. Vasele acestea sînt relativ noi, datînd de la sfîrşitul secolului trecut şi din primele decenii ale secolului nostru. Aici se găseşte un colţ unde este expusă o hartă-panou care arată situaţia farmaciilor în R.P.R., mostre din produsele noastre farmaceutice şi materiile brute medicamentoase care se fabrică în ţara noastră. Inscripţiile explică vizitatorului situaţia ţării noastre în trecut, cînd ea a fost o piaţă de desfacere pentru marile trusturi chimico-farmaceutice din străinătate care au împiedicat dezvoltarea industriei noastre farmaceutice. Se arată că rezultatele noastre în domeniul industriei farmaceutice au fost posibile numai după naţionalizarea industriei din ţara noastră şi trecerea ei în proprietatea întregului popor. Tot în această sală se găseşte o vitrină cu prima Farmacopee romînă (1863), fotografiile lui N. Kreţulescu, C. Davila şi C. Hepites, din a căror străduinţă farmacopeea naţională a luat fiinţă. Comparativ, alături de ea, este expusă şi prima farmacopee apărută în Republica Populară Romînă.

Sala cincea cuprinde un material istoric variat. Aici se văd portretele originale în ulei ale unor medici şi farmacişti saşi din Transilvania, cum au fost *Andreas Teutsch* (1669—1730) care, în calitatea sa de jude al oraşului Sibiu, a pus capăt proceselor împotriva vrăjitoarelor ; *P. Sigerus* (1759—1831), cel care a publicat, pe baza unei lucrări a naturalistului maghiar Jozsef Benkö (1740—1814), o listă cu denumirile romîneşti ale plantelor medicinale. Exemplarul original al acestei liste atîrnă alături de portretul lui Sigerus. Pe un perete se văd originalele unor diplome de bărbieri-chirurgi şi farmacişti din Transilvania. In această sală sînt trei dulapuri vechi din secolul al XVII-lea—XVIII-lea (unul dintre ele aparţinea chiar doctorului Andreas Teutsch, după cum ne mărturiseşte inscripţia originală de pe faţa internă a uşii). In dulapuri sînt aşezate diferite acte şi documente, instrumente medicale (chirurgicale), cuţite de scarificare, scarificatoare pentru vaccinarea antivariolică, microscoape vechi, instrumente astronomice, etc. Pe unul din dulapurile care conţine o veche bibliotecă farmaceutică se

vede un glob celest original, din secolul al XVII-lea. Un dulap conține cîteva obiecte romane de interes sanitar și medical: biberoane de sticlă și cîteva instrumente chirurgicale. In această sală sînt expuse într-o masă-vitrină cărți medicale și farmaceutice vechi, Anatomia lui Vesal, manuscrise semnate de Ioan Molnar-Piuariu, primul medic romîn cu pregătire universitară, etc. Pe o masă, așezată sub sticlă, este colecția de rețete vechi, găsită în fosta farmacie „Vulturul Negru". Tot aici se află și portretul marelui medic al renașterii, Teophrastus Bombastus Paracelsus von Hohenheim (1493—1541), care se pare că în peregrinările sale a trecut și prin ținuturile noastre, Moldova, Muntenia și Transilvania.

In afară de aceste cinci săli muzeul însumează și o bibliotecă, compusă din fosta bibliotecă a farmaciei „Vulturul Negru", avînd cîteva cărți prețioase: prima farmacie romînă din 1863, diferite ediții ale farmacopeelor austriace și maghiare, o farmacopee rusă din secolul al XIX-lea, serii vechi de reviste farmaceutice germane, etc.

Secția de istoria farmaciei din Muzeul Brukenthal are un caracter pronunțat regional. Se explică deci lipsa materialului muzeal privitor la trecutul farmaciilor din Țara Veche. Lipsurile ce se constată în această secție sînt de natură *obiectivă* și *subiectivă*. Lipsurile obiective rezultă din natura foarte neunitară și lacunară a obiectelor adunate, nu atît sub raportul facturii, cît sub acel al vechimii lor, care nu asigură demonstrarea dezvoltării neîntrerupte a istoriei farmaciei din secolul al XV-lea pînă în momentul naționalizării farmaciilor, respectiv nu ilustrează îndestulător acele transformări prin care a trecut în decursul secolelor și orînduirilor sociale, farmacia. *Lipsurile subiective* se datoresc organizatorilor acestei secții, care încă nu au definitivat textele pentru panourile explicative cu privire la dezvoltarea farmaciei în general, și în special în Transilvania. Elaborarea acestor texte este în curs la catedra de istoria medicinei din Cluj. Ele vor arăta în linii generale dezvoltarea istorică a farmacologiei și a farmaciei în cele cinci orînduiri sociale, cu referire specială la țara noastră. O altă greșeală este și faptul că fotografiile vechilor farmacii care se află în sala a II-a reprezintă numai imaginea unor farmacii istorice din Germania, Italia, Franța și Ungaria, neglijînd prezentarea iconografică a vechilor farmacii, respectiv a colecțiilor din țara noastră care se găsesc în celelalte centre culturale din R.P.R. Această situație de asemenea se va remedia în curînd.

Cu organizarea secției de istoria farmaciei, munca noastră nu s-a terminat. Mai sînt multe de făcut, mai ales în domeniul valorificării muzeale a antichităților farmaceutice din țara noastră. E necesară o activitate bine organizată, ritmată pe etape, după urgența problemelor care se cer a fi rezolvate.

Inființarea muzeului de istoria farmaciei trebuie considerată fără îndoială ca un început care merită toată atenția noastră, ea trebuie privită ca o primă realizare încurajatoare pentru viitor. Avem de aici înainte și în țara noastră un muzeu de istoria farmaciei, care a fost irealizabil în timpul regimului burghezo-moșieresc.

Pe baza experienței cîștigate de noi în munca organizatorică și științifică depusă în vederea înființării muzeului de istoria farmaciei din Sibiu, se lucrează în prezent la crearea unui muzeu asemănător și la Cluj, în localul fostei farmacii „Sf. Gheorghe" (Dr. Hintz), înființată în 1573, care

Vase de farmacie (sec XVI.I—XIX) din colecția de istoria farmaciei I. M.F. — Cluj, in curs de organizare

Vase de farmacie din sec. al XVIII-lea (ceramică pictată) din colecția de istoria farmaciei I. M. F. — Cluj, in curs de organizare

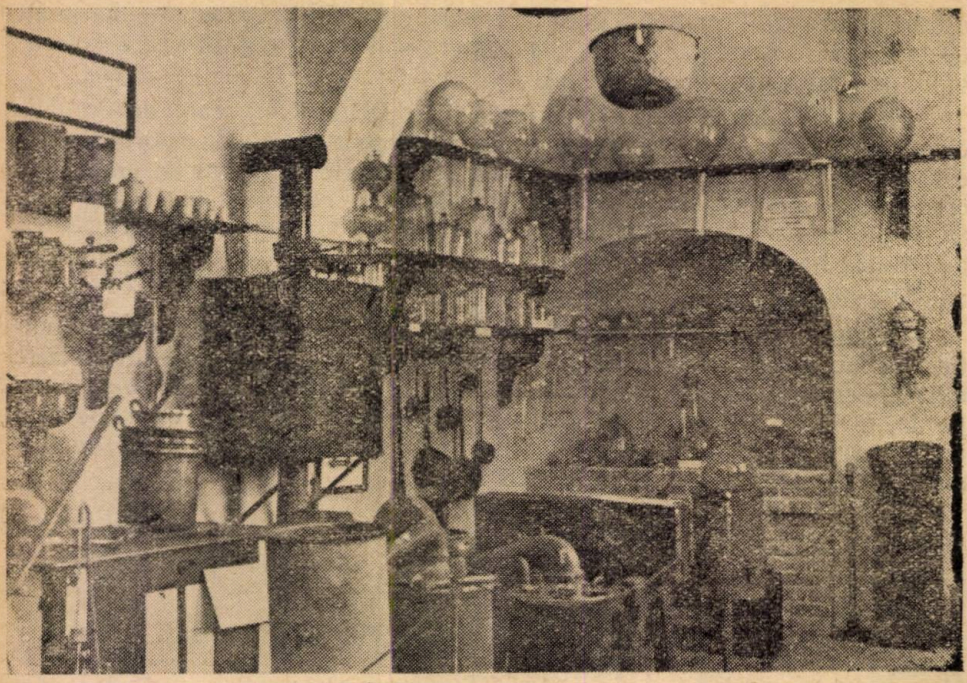
a funcţionat pînă la naţionalizare în aceeaşi casă, fără întrerupere, mai mult de trei secole. Acest muzeu va lua naştere sub îngrijirea directă a colectivului de istoria medicinei din Cluj.

Colectivul catedrei de istoria medicinei I.M.F. Cluj, care de aproape cinci ani se ocupă cu problemele organizării unor muzee de istoria farmaciei, a reuşit să acumuleze în acest timp o experienţă destul de mare. Noi credem că experienţa noastră ne îndreptăţeşte şi ne obligă în acelaşi timp să formulăm unele învăţăminte care să ne servească drept îndrumare pentru activitatea noastră viitoare.

Concluziile noastre sînt următoarele :

1. Munca de identificare, recuperare şi triere a antichităţilor farmaceutice trebuie continuată şi extinsă, deoarece se mai găsesc destule obiecte muzeale ce urmază să fie adunate. In multe centre ale ţării noastre au funcţionat, pînă la data naţionalizării, farmacii vechi, istorice, de unde mai putem recupera un material muzeal bogat. O înşirare sumară a acestor farmacii va dovedi justeţea tezei noastre :

Arad	fosta	farmacie	„Coroana"	înfiinţată	în 1763
„	„	„	„Inger"	„	„ 1813
„	„	„	„Sf. Treime"	„	„ 1824
„	„	„	„Providenţa Divină"	„	„ 1836
Abrud	„	„	„Miner"	„	„ 1790
Bacău	„	„	„Sf. Gheorghe"	„	„ 1856
Bîrlad	„	„		„	„ 1858
Bistriţa	„	„	„Vulturul Negru"	„	„ 1600
Blaj	„	„	„Salvator"	„	„ 1817
Botoşani	„	„	„Farmacia Curţii"	„	„ 1806
„	„	„	„Salvator"	„	„ 1848
Brăila	„	„	„Acvila Romînă"	„	„ 1832
„	„	„	„Farmacia Curţii Regale"	„	„ 1864
Bucureşti	„	„	„Esculap"	„	„ 1794
„	„	„	„Salvator"	„	„ 1806
„	„	„	„Coroana de aur"	„	„ 1814
„	„	„	„Schuster"	„	„ 1829
Carei	„	„	„Vulturul Negru"	„	„ 1766
„	„	„	„Regele"	„	„ 1822
Craiova	„	„	„Sf. Treime"	„	„ 1824
„	„	„	„Aurora"	„	„ 1826
„	„	„	„Dr. Pasteur"	„	„ 1845
„	„	„	„Vulturul de aur"	„	„ 1854
Deva	„	„	„Cerbul"	„	„ 1772
Făgăraş	„	„	„Ingerul păzitor"	„	„ 1738
Focşani	„	„	„Centrală"	„	„ 1841
Galaţi	„	„	„Curţii Regale"	„	„ 1814
Haţeg	„	„	„Vulturul Negru"	„	„ 1827
Iaşi	„	„	„Centrală (Werner)"	„	„ 1827
„	„	„	„Steaua Polară"	„	„ 1832
„	„	„	„Populară"	„	„ 1829
Orăştie	„	„	„Leul de aur"	„	„ 1728



Aspect din sala nr. 1 (laborator) a secției de istoria farmaciei
a Muzeului Brukenthal (Sibiu)

Aspect din sala nr. 2 (farmacie din primele decenii ale sec. al XIX-lea)
a secției de istoria farmaciei din Muzeul Brukenthal (Sibiu)

Orașul Stalin	„	„	„Ursu"	„	„ 1680
„ „	„	„	„Biserica Albă"	„	„ 1772
„ „	„	„	„Leul de aur"	„	„ 1778
Oravița	„	„	„Vulturul Negru"	„	„ 1796
Piatra-Neamț	„	„	„Regală (Vorel)"	„	„ 1825
Rîmnicul Vîlcea	„	„	„Salvator"	„	„ 1803
Salonta	„	„	„Coroana"	„	„ 1830
Satu-Mare	„	„	„Mîntuitorul"	„	„ 1812
„	„	„	„Coroana"	„	„ 1745
„	„	„	„Sf. Treime"	„	„ 1813
Sighet	„	„	„Șarpe"	„	„ 1778
„	„	„	„Harap"	„	„ 1882
Șimleul Silvaniei	„	„	„Sf. Treime"	„	„ 1759
Zlatna	„	„	„ „	„	„ 1798

Recuperarea acestui material trebuie făcută pe toată țara, în colaborare cu farmaciștii din localitățile arătate mai sus, deoarece ei cunosc condițiile specifice din localitățile respective, atît în ce privește situația dinainte de naționalizare, cît și cea nouă, creată după restructurarea serviciilor farmaceutice, comasările de farmacii, situația din regiune și raioane. Materialul astfel obținut trebuie înmagazinat, păstrat cu grijă, ferit de distrugeri sau degradări (în special cînd este vorba de documente, diplome, arhive din farmaciile istorice, etc.) și ambalat în lăzi, pregătit pentru a fi transportat.

2. Nu trebuie să pierdem din vedere faptul că, atît muzeul din Sibiu, cît și cel din Cluj, acesta din urmă în curs de aranjare, au un caracter pronunțat regional sau local, *ele nefiind muzee reprezentative!*

3. De asemenea trebuie să avem în vedere faptul că amîndouă aceste muzee sînt exclusiv muzee de istoria farmaciei, ele avînd un material documentar medical extrem de redus și sărac. De la început intenția Ministerului Sănătății a fost crearea de muzee de istoria farmaciei. Această intenție a fost determinată de anumite condiții, cum au fost: materialul istoric din trecutul farmaciilor noastre care s-a găsit în abundență în farmaciile naționalizate, apoi existența localurilor de farmacii vechi, istorice, care se pretau bine pentru adăpostirea unor asemenea muzee de istoria farmaciei, dar care erau nepotrivite ca să fie în același timp și muzee de istoria medicinei. Dar nu cauze externe, de natură tehnică, au fost acelea care au împiedicat, în anii 1949—1950, trecerea imediată la organizarea unui muzeu de istoria medicinei în țara noastră. Motivul hotărîtor a fost lipsa unor colective de specialiști, destul de bine pregătiți din punct de vedere științific și ideologic, care să poată realiza importanta sarcină a organizării unui muzeu de istoria medicinei. Exigențele științifice și ideologice sînt mult mai mari și se cere o pregătire mult mai complexă decît a fost în cazul realizării muzeelor de istoria farmaciei, care au putut fi organizate de un colectiv restrîns, cum a fost colectivul catedrei de istoria medicinei din Cluj. Ministerul Sănătății a avut în vedere acest fapt atunci cînd, în 1949—1950, s-a pus pe ordinea de zi organizarea muzeelor de istoria farmaciei. Colectivele de istorici ai medicinei erau mici și pregătirea lor științifică lăsa mult de dorit. Ele n-ar fi putut începe atunci, în condițiile arătate mai sus, organizarea simultană și a unui muzeu de istoria medicinei. Din 1949 încoace, situația pe acest tărîm s-a îmbunătățit. Numărul colectivelor de istorici ai medicinei s-a înmulțit sim-

țitor. Munca lor științifică arată o tendință ascendentă, cercetările de istoria medicinei fiind acum planificate și multilaterale. In prezent se desfășoară în centrele medicale ale țării noastre, unde funcționează catedre, respectiv colective de istoria medicinei, o muncă de cercetare susținută, sub îndrumarea Ministerului Sănătății și a Academiei R.P.R. Munca de reconsiderare a trecutului nostru medical a primit o prețioasă încurajare la sesiunea Academiei R.P.R. din 18-20 decembrie 1952 prin raportul „Tradițiile materialiste ale medicinei din țara noastră și dezvoltarea lor pe baza învățăturii lui I. P. Pavlov" prezentat de academicianul D. Danielopolu. Numeroasele articole și studii de reconsiderare a trecutului nostru medical, apărute în revistele medicale, lucrările mai mari cum au fost „Victor Babeș", volum omagial, 1949, „Contribuții la studiul legăturilor medicale romîno-ruse" (1952), precum și unele lucrări în curs de apariție la Editura de stat („Contribuții la istoria medicinei în R.P.R.") și la Editura Academiei R.P.R. („Aspecte din trecutul medicinei românești") care vor apărea în curînd, arată cu prisosință înflorirea istoriei medicinei în țara noastră.

Dezvoltarea medicinei în Republica Populară Romînă, ajutorul medicinei sovietice în toate domeniile științelor medicale, aplicarea învățăturii geniale a lui Ivan Petrovici Pavlov, contactul zilnic cu medicina sovietică, cea mai avansată din lume, fie prin lucrările sovietice traduse, fie printr-un schimb de experiență direct — concretizat prin vizitele savanților sovietici la noi și ale delegațiilor de medici romîni în U.R.S.S. și prin stagiul la studii al studenților și aspiranților noștri care învață la institutele medicale sovietice, au promovat în sînul cadrelor noastre medicale și sanitare, în sînul studențimii, un interes foarte pronunțat pentru problemele de istoria medicinei, pentru cunoașterea trecutului medical și sanitar al țării noastre. Necesitatea cunoașterii etapelor de dezvoltare a medicinei din patria noastră, dorința de a cerceta viața și opera marilor noștri medici progresiști savanți și patrioți înflăcărați, luptători pentru interesele sanitare ale poporului împotriva exploatatorilor, este simțită de toți medicii cinstiți, care în munca lor de toate zilele vor să se înarmeze cu tradițiile înaintate ale predecesorilor lor. Medicii, personalul sanitar mediu și studenții noștri vor să cunoască, vor să-și însușească tot ce a dat mai bun, mai progresist medicina romînă, deoarece ei sînt continuatori conștienți ai tradițiilor materialiste ale medicinei din țara noastră, tradiții care se desăvîrșesc, care se transformă într-o forță materială și morală în perioada construirii socialismului din patria noastră.

Dar cunoașterea trecutului nostru medical, a etapelor dezvoltării ocrotirii sănătății din țara noastră, a luptei medicilor devotați poporului, cunoașterea importanței legăturilor medicale romîno-ruse pentru dezvoltarea medicinei romîne, precum și a priorităților medicale ce aparțin medicinei noastre, nu sînt chestiuni ce interesează numai cercurile medicale ci, dimpotrivă, ele preocupă poporul nostru întreg. Realizările din trecut și din prezent ale medicinei din țara noastră trebuie să devină un bun cultural al întregului popor. Ele fac parte din patrimoniul nostru cultural, ele ne întăresc încrederea în puterile creatoare ale poporului nostru. Muzeul de istoria medicinei și ocrotirea sănătății este un mijloc puternic de educație științifică și politică care poate să apropie masele largi de problemele medicale și sanitare și să le antreneze activ în lupta ce se desfășoară în patria noastră pentru ridicarea continuă a nivelului sanitar al poporului nostru. Această dezvoltare a medicinei în general, a istoriei medicinei în special, constituie tocmai acea

bază solidă care ne permite să păşim *într-o fază nouă, superioară, în domeniul valorificării muzeale a trecutului nostru medical şi sanitar, şi să punem curajos problema necesităţii neîntîrziate a organizării unui muzeu reprezentativ de istoria medicinei şi a ocrotirii sănătăţii din R.P.R. la Bucureşti.*

In ce priveşte materialul muzeal şi documentar ce ar urma să fie expus în viitorul muzeu de istoria medicinei din Bucureşti, el s-ar putea obţine din sursele următoare :

— arhivele Ministerului Sănătăţii, Ministerului Muncii şi Prevederilor Sociale ;

— spitalele, diferitele unităţi şi servicii aparţinînd Ministerului Sănătăţii ;

— farmaciile naţionalizate ;

— biblioteca veche şi arhivele I.M.F.-Bucureşti ;

— arhiva veche a Ministerului de Interne. Pînă în 1923 problemele sanitare au fost conduse de Direcţia generală sanitară, departament al M. I. ;

— colecţia şi biblioteca Centrului de organizare a ocrotirii şi istoria medicinei din Bucureşti ;

— şcolile vechi cu colecţii, arhive şi biblioteci vechi ;

— arhivele, biblioteca şi colecţia grafică a Academiei R.P.R. ;

— arhivele de stat din Bucureşti şi unele arhive din provincie ;

— muzeele regionale şi raionale din ţară care posedă unele obiecte, antichităţi, documente izolate de interes medical, sanitar şi farmaceutic care s-ar putea valorifica muzeologic numai într-un muzeu de istoria medicinei ;

— Ministerul Cultelor (bolniţe şi aziluri mănăstireşti, etc.) ;

— materialul de interes sanitar provenit din săpăturile arheologice.

Pentru viitor nu ne mai putem mulţumi cu înfiinţarea unor muzee sau secţii de istoria farmaciei. Credem că necesitatea unui asemenea muzeu este incontestabilă. Istoricii medicinei din ţara noastră aşteaptă sprijinul şi iniţiativa Ministerului Sănătăţii.

4. Concomitent sau independent de realizarea muzeului reprezentativ de istoria medicinei, trebuie organizată în fiecare centru medical, unde condiţiile sînt favorabile, cîte o colecţie sau muzeu de istoria medicinei şi farmaciei. Astfel, părerea noastră este că asemenea colecţii sau muzee ar putea lua fiinţă fără mari greutăţi materiale şi tehnice în următoarele centre :

a) la Cluj — prin folosirea antichităţilor farmaceutice adunate din diferitele oraşe din Ardeal ; colecţia catedrei de istoria medicinei, cu ajutorul şi colaborarea Bibliotecii Academiei R.P.R., filiala Cluj, Arhivelor statului, arhivei Institutului medico-farmaceutic ;

b) la Tîrgu-Mureş — prin folosirea colecţiei muzeale a catedrei de istoria medicinei, antichităţilor farmaceutice adunate din oraşele Regiunii Autonome Maghiare, cu ajutorul şi colaborarea Bibliotecii Telekia, Bibliotecii comunale şi Arhivelor statului ;

c) la Iaşi — prin transformarea unei părţi a localului fostei „Societăţi de medici şi naturalişti din Iaşi" (înfiinţată în 1830—1834), cu ajutorul şi colaborarea Arhivelor statului, bibliotecii vechi a I.M.F.-Iaşi şi arhivei fostei facultăţi de medicină ;

d) organizarea unui muzeu istoric al dezvoltării Serviciului sanitar al armatei este de asemnea o necesitate imperioasă.

Natural, importanţa cea mai mare ar avea-o muzeul de istoria medicinei şi ocrotirii sănătăţii din Bucureşti care, aşezat într-o clădire corespunzătoare, prin diferitele sale secţii, ar putea să redea imaginea istorică a dezvoltării medicinei şi a ocrotirii sănătăţii din partia noastră. Credem că organizarea unui asemenea muzeu ar fi o sarcină de cinste pentru istoricii medicinei din ţara noastră. Minunatele exemple ale ştiinţei muzeologice sovietice : colecţia muzeală a Academiei de Ştiinţe din U.R.S.S., Muzeul sanitar al Marelui Război pentru Apărarea Patriei, Kunstkamera Academiei din Petersburg, muzeele I. N. Pirogov, I. P. Pavlov, Muzeul farmaceutic din Riga, ne-ar da un mare ajutor în munca de realizare a muzeului medical din Bucureşti.

Infiinţarea acestui muzeu medicinal în capitala republicii noastre populare ar fi o realizare demnă pentru cultura poporului nostru. Acest muzeu ar demonstra tradiţiile progresiste ale medicinei romîne şi realizările actuale din domeniul sănătăţii care se datoresc străduinţelor partidului şi guvernul nostru.

★

К ВОПРОСУ О МУЗЕЯХ ПО ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ И ОБ ИСТОРИИ АПТЕЧНОГО ДЕЛА В Р. Н. Р.

В статье указывается на то, что на территории Р. Н. Р. имеется большое богатство разного рода дверностей в связи с аптекарским делом. В прошлом, этот материал оставался невыявленным и только у небольшого числа частных лиц существовали коллекции — у д—ра Иосифа Бакона в Сигишоаре, профессора Юлия Ориента в Клуже (1869—1940).

Только в годы народно-демократического строя были созданы условия для организации музеев по истории аптечного дела. При помощи Министерства Здравоохранения Клужская кафедра истории медицины организовала в Сибиу музей по истории медицины (к статье приводится описание всех 5 залов этого музея).

Недостатком этого музея является его чисто областной характер и таким образом, этот музей не может представлять все прошлое аптечного дела в Р. Н. Р.

В настоящее время ведутся работы по созданию музея этого рода в Клуже.

В нынешних условиях назрел вопрос об учреждении музея истории медицины и здравоохранения Р. Н. Р. в Бухаресте.

★

Concernant le problème des musées de l'Histoire de la Médecine de l'Histoire de la Pharmacie dans la R.P.R.

Dans cet article, les auteurs montrent que sur le territoire de la R.P.R. existe un riche matériel d'antiquités pharmaceutiques. Dans le passé, la plus grande partie de ce matériel n'avait pas été mise en valeur ; il y avait seulement quelques collections privées (du Dr. Joseph Bacon, à Sighişoara, du prof. Iuliu Orient, 1860—1940, de Cluj).

C'est seulement depuis l'avènement du régime de démocratie populaire qu'ont été créées des conditions matérielles pour l'organisation d'un musée d'Histoire de la Pharmacie. En 1949, la chaire d'Histoire de la Médecine de Cluj, a organisé, avec le concours du Ministère de la Santé, un musée d'Histoire de la Pharmacie à Sibiu (on décrit dans l'article les cinq salles du musée).

Le défaut de ce musée est son caractère régional ; le musée n'est donc pas représentatif pour le passé pharmaceutique en R.P.R.

On poursuit à présent la création d'un musée similaire à Cluj.

Dans les conditions actuelles, la nécéssité de créer un musée d'Histoire de la Médecine et de l'assistance de la santé en R.P.R. à Bucarest se fait vivement ressentir.

R E F E R A T E

ALBOV N. A. Formele şi metodele de specializare şi perfecţionare ale medicilor rurali şi de circumscripţie la spitalul regional (Sovetskaia Mediţina, 1954, nr. 5, pp. 32—36).

Dat fiind numărul mare de specialişti necesari pentru mediul rural, ce nu poate fi completat prin numărul medicilor care urmează cursuri de specializare, perfecţionare sau secundariat, s-a propus să se facă specializarea medicilor rurali în cadrul spitalelor regionale.

Pentru medicii din mediul rural, autorul recomandă două forme de perfecţionare : 1) stagiu de secundariat făcut în spitalul regional timp de 4—6 luni, avînd pentru această perioadă un program bine întocmit, sau 2) cursuri intermitente (o zi pe săptămînă) cu durata de 3—4 luni, în cadrul cărora medicii vin săptămînal pentru o zi la spitalul regional, unde asistă la vizită, la discuţia cazurilor şi li se ţin prelegeri după un program judicios întocmit.

Pentru medicii din mediul urban trebuie organizate cursuri după un program întrucîtva modificat, insistîndu-se asupra problemelor speciale de clinică şi asupra metodelor de explorare de laborator, electro-cardiografie, rectoscopie, etc.

Trebuie organizate de asemenea cursuri de perfecţionare pentru şefii de secţii din spitalele urbane şi rurale. Acestea pot consta din conferinţe săptămînale ţinute de diferiţi savanţi, urmate de discuţii în legătură cu tema expusă. Temele trebuie să fie de asemenea programate în prealabil.

O altă formă de perfecţionare a medicilor o constituie organizarea decadelor consacrate anumitor teme de importanţă imediată, ca de exemplu combaterea afecţiunilor gastro-intestinale şi în special a dizenteriei, etc.

Încă o metodă de perfecţionare este organizarea periodică a unei zile în care medicii din provincie să poată participa la vizita medicală din secţii, urmată de o conferinţă clinico-anatomică.

MARGOLIN A. M. Unele probleme cu privire la specializarea medicilor internişti la bazele locale. (Sovetskaia Mediţina, 1954, nr. 5, pp. 36—37).

O formă importantă de creştere a calificării medicilor este specializarea lor la bazele locale.

In afară de studiul individual, trebuie să se organizeze cicluri de prelegeri care să orienteze pe cursanţi în domeniul respectiv.

Se vor organiza grupuri de 10—12 medici cu pregătire şi cunoştinţe asemănătoare. Cu aceste grupuri se fac examinări de bolnavi, cu discutarea cazurilor. O altă metodă utilă este vizita, în cursul căreia medicii prezintă diferiţi bolnavi. Cazurile se discută pe loc sau după vizită. Medicilor care se specializează li se încredinţează 4—5 bolnavi, îndeplinind funcţiile medicului secundar. Procedee importante de ridicarea nivelului cunoştinţelor sînt referatele şi seminarele în legătură cu diferite teme.

Trebuie analizate cauzele mortalităţii şi morbidităţii, precum şi discordanţele de diagnostic. Un loc important va fi acordat problemei dispensarizării populaţiei din mediul rural.

Medicii care se specializează îşi ridică nivelul ideologic după un plan elaborat în prealabil de biroul de partid al spitalului regional.